Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen
Direktor: Professor Dr. Th. von Jaschke

1936

Erfolge mit Chininstoss bei Abort unter Verwendung der an der Giessener Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1929 - 1934 zur Beobachtung gelangten Fälle

---

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

HANS VIETOR

aus Bad-Salzschlirf

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen
Direktor: Professor Dr. Th. von Jaschke

Erfolge mit Chininstoss bei Abort unter Verwendung der an der Giessener Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1929 - 1934 zur Beobachtung gelangten Fälle

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

HANS VIETOR

aus Bad-Salzschlirf

Giessen 1936
Buchdruckerei Nitschkowski, Giessen

Gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu Giessen

Referent:
Professor Dr. Schumacher

In Folgendem sind die Fälle von Chininstoss bei Abort zusammen gestellt, die sich zeitlich an die aus der Universitäts-Frauenklinik Giessen stammende Dissertation von Hans Baatz (1930) anlehnen. Auch heute noch ist die Stellungnahme der Klinik zur Therapie des Abortes unverändert. Bei fieberhaftem Abort ist das Uteruskavum als infiziert zu betrachten, wobei das gesunde Gewebe durch einen Leukozytenwall gegen die Infektionserreger geschützt ist, sofern nicht die Virulenz der Bakterien so gross gewesen ist, dass der Körper keine Zeit zur Abwehrmassnahme fand. Jeder operative Eingriff gefährdet den Leukozytenwall, wenn auch nur partiell. Dadurch wird den Erregern einmal eine neue Angriffsfläche geboten, sodass es zur transuterinen bezw. Allgemeininfektion kommen kann, zum anderen besteht die Möglichkeit einer Virulenzsteigerung, sowie überhaupt einer Neuinfektion von der Scheide aus. Sind keine lebensbedrohlichen Zustände oder sonstige Kontraindikationen vorhanden, ist zweifellos der Chininstoss, um die oben geschilderten Gefahren zu vermeiden, das Mittel der Wahl.

Die pharmakologische Grundlage für die Wirkung des Chinin auf die Gebärmutter wurde durch Versuche am Katzenuterus gefunden. Es zeigte sich, dass je nach der Dosierung des Chinins wie des Solvochins, das eine 25 % Chininlösung darstellt, eine erregende oder lähmende Wirkung auftritt. Bei Versuchen am Menschen wirkten 1 – 2 mg pro kg Körpergewicht optimal, d. h. erregend, eine grössere Dosis jedoch lähmend. Eine einmal aufgetretene Lähmung hält solange an, als das Chinin noch nicht aus dem Körper ausgeschieden ist. Am längsten dauert die Ausscheidung bei peroraler Zufuhr. Da das Chinin nur auf einen wehenbereiten Uterus wirkt und hauptsächlich nur im Sinne einer Sensibilisierung für weitere mechanische Reize oder direkte Wehenmittel, ist es nicht als spezifisches Wehenmittel zu betrachten. Man nimmt an, dass eine Art Fixierung des Chinins spe-

ziell durch den Uterus in Graviditate und in Puerperio stattfindet. (Zentralblatt für Gynaekologie 26. Jahrgang 1932. Konr. Schübel, Erlangen).

Der Kampf der Anhänger der aktivistischen und der konservativen Methode dürfte sich wesentlich zugunsten letzterer entschieden haben, nachdem die mangelhafte Anwendungsmöglichkeit des Chinins, das nur peroral gegeben wurde und dessen optimale Dosierung noch nicht festlag, beseitigt war und somit bessere Erfolge zu verzeichnen waren. Diese Aenderung trat ein, als Halban und Köhler 1917 die Bacellische Injektion, die man schon bei der Malariatherapie anwandte, in die Geburtshilfe einführte. Das damalige Dosierungsschema lautete: 0,5 gr intravenös, 0,5 intramuskulär, 0,5 peroral. Bei der verhältnismässig grossen Menge des Chinins traten bei vielen Frauen Schwindelgefühl, Blutandrang nach dem Kopf, Schwerhörigkeit auf, Beschwerden, die jedoch sehr schnell wieder schwanden. Die Erfolge der damaligen Zeit stimmen im wesentlichen mit den heutigen überein.

Der Chininstoss wird in der hiesigen Klinik in 2 Modifikationen angewandt. Die erste, der sogenannte grosse Chininstoss, wird durch 1 bis 2 Pituglandolgaben in viertel bis halbstündlichen Abständen eingeleitet, dann werden 0,5 gr Chinin hydrochloric. in denselben Abständen intravenös, intramuskulär und per os gegeben. Es folgen je nach der eingetretenen Wehentätigkeit wieder Pituglandol-, Physormon- oder Hypophysingaben. Die Einleitung durch Pituglandol wurde nicht streng eingehalten. Bei der intravenösen Injektion achtete man auf langsames Injizieren, bei der intramuskulären auf tiefere Injektion, um schmerzhafte Infiltrationen zu vermeiden. Die 2. Modifikation, der sog. kleine Chininstoss, wurde mit 2 ccm Solvochin begonnen und mit Hypophysenhinterlappenpräparaten in viertel bis halbstündlichen Pausen fortgeführt.

Im ganzen liegen der Arbeit 99 Fälle zugrunde, die teils mit dem grossen, teils mit dem kleinen Chininstoss behandelt wurden. 49 endeten mit positivem Resultat, d. h. es war jeder weitere operative Eingriff unnötig, bei 7 Fällen war wohl regelmässige Wehentätigkeit vorhanden, es musste jedoch wegen plötzlich starker Blutung operativ vorgegangen werden. Bei weiteren 13 Fällen war die Ausstossung nur

unvollkommen, es musste entweder die ganze Plazenta oder wenigstens ein Teil von ihr entfernt werden, nachdem die übrige Frucht vorher spontan ausgestossen war. Die restlichen 30 Fäile verliefen ergebnislos.

Nebenerscheinungen wie z. B. Ohrensausen, Erbrechen, Schwindelgefühl, war nur in 2 Fällen im Krankenblatt besonders vermerkt. Sie sind zweifellos öfter vorgekommen, doch haben sie in allen diesen Fällen die Pat. nicht stärker belästigt. Verlief der erste Chininstoss ohne den gewünschten Erfolg und bestand keine Veranlassung zum sofortigen Eingreifen, so wurde auch ein zweites Mal ohne Beeinträchtigung der Pat. der Chininstoss wiederholt.

Aus nachfolgender Tabelle geht die Verteilung der Resultate auf die einzelnen Abortarten hervor. Es handelt sich um alle Fälle, die mit grossem und kleinem Chininstoss behandelt wurden.

Art d. Ab.	Zahl	Positive Reaktion	Negative Reaktion	Ausr. w. Blutung	Unvollst. Ausstoss
Ab. incip.	11	4	4	1	2
Ab. im Gang	43	32	2	1	8
Ab. incompl. I	24	12	5	5	2
Ab. incompl. II	21	1	19	–	1
Insgesamt	99	49	30	7	13

Als Abortus incompletus II bezeichne ich alle Arten, bei denen es sich um Retention von Plazentaresten handelte.

Die Zusammenstellung zeigt, dass bei Abortus incipiens, im Gange und incompletus I die Resultate recht befriedigend sind. Eine regelmässige Wehentätigkeit trat in fast allen Fällen auf, doch musste wegen bedrohlicher Blutung in 7 Fällen ausgeräumt werden. In 9 Fällen wurde wohl der Foet bezw. ein Teil der Plazenta, doch nicht Alles ausgestossen. Bei Abortus incompletus II ist das Resultat unbefriedigend. Von den 21 vorliegenden Fällen erledigte sich spontan nur ein Fall, 19 fielen negativ aus.

War der Chininstoss erfolglos, so wurde Fieberfreiheit abgewartet, und digital ausgeräumt. Dabei zeigte es sich regelmässig, dass das Gewebe durch die Chininverabreichung so vorbereitet war, dass, wenn überhaupt eine Dilatation notwendig war, diese spielend leicht gelang. Bei fast sämtlichen Fällen fiel am nächsten Tag nach der Entleerung das

Fieber zur Norm ab. Prophylaktisch wurde Argochrom, Euthagen, Caseosan gegeben. Einen einzigen Exitus haben wir zu verzeichnen. Es trat in diesem Falle am 10. Tage post abortum eine Peritonitis ein, ein Douglasabzess wurde eröffnet, am nächsten Tag Exitus wegen Kreislaufschwäche. (Journal Nr. 508, Jahrgang 31).

Waren Uterus und Adnexe druckempfindlich, ein Zeichen des Vordringens der Keime in die Gewebe, oder auch eine Infiltration zu tasten, so gingen diese Befunde nach Ausstossen der Frucht ohne ernste Beeinträchtigung zurück.

Ein Vergleich zwischen dem kleinen und grossen Chininstoss bringt ein Ergebnis, das rein zahlenmässig mehr für den kleinen Chininstoss spricht. Von 38 Fällen wurden 20 glatt erledigt, 9 fielen negativ aus, 9 mussten operativ beendet werden. Bei 61 Aborten mit grossem Chininstoss endeten 29 positiv, 21 negativ, 11 mussten wiederum operativ beendet werden. Jedoch zeigt sich hier eine stärkere Wirkung des grossen Chininstosses bei der Zahl der unvollkommenen Ausstossungen, die wesentlich geringer sind als bei dem kleinen Chininstoss. Wohl ebenfalls ein Zeichen der stärkeren Wirkung des grossen Chininstosses ist die vermehrte Anzahl der plötzlich stark auftretenden Blutungen anzusehen, die bei dem kleinen Chininstoss nur sehr gering war.

Es folgen die Tabellen für den kleinen Chininstoss:

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
Ab. incipiens	2	1	–	–	1
Ab. im Gang	18	14	–	1	3
Ab. incompl. I	12	5	3	2	2
Ab. incompl. II	6	–	6	–	–
Insgesamt	38	20	9	3	6

Grosser Chininstoss.

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
incipiens	9	3	4	1	1
im Gang	25	18	2	4	1
incompl. I	12	7	2	3	–
incompl. II	15	1	13	–	1
Insgesamt	61	29	21	8	3

Wurde wie z. B. bei Fall 53 und 96 der Chininstoss beendet, und kam es erst nach $^1/_2 - 1$ Tag zur Spontanausstossung, so ist dieser Fall doch als positiv zu werten, da es sich zweifellos um eine Sensibilisierung des Uterus handelte, sodass es überhaupt zu einer kräftigen Wehentätigkeit kommen konnte, mit dem Ergebnis der Erledigung der Fehlgeburt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Chininstoss in der Behandlung des Abortes sich einen Platz errungen hat, den er auch einbehalten wird. Ein Vergleich des kleinen mit dem grossen Chinistoss dürfte rein tabellarisch zugunsten des kleinen Chininstosses ausfallen. Jedoch wirkt der grosse Chininstoss bei genauerer Beobachtung drastischer und ist deshalb vorzuziehen.

Eine weitere Übersicht über die Ergebnisse des kleinen bezw. grossen Chininstosses bei febrilem und afebrilem Abort ergibt das Resultat, dass der kleine bei febrilem Abort von 28 Fällen 18 mit positivem Ergebnis beendete, 4 mit negativem. Ein Fall musste operativ wegen Blutung beendet werden, während 5 Fälle unvollkommene Entleerung des Uterus brachten.

Versagt hat der kleine Chininstoss bei afebrilem Abort. Von 10 Fällen fielen nur 2 positiv aus, 5 waren negativ, 2 mussten wegen Blutung ausgeräumt werden, ein Fall wegen unvollkommener Austossung operativ beendet werden.

Dies Versagen des kleinen Chininstosses bei afebrilem Abort kann man bei dem grossen Chininstoss nicht in gleicher Weise beobachten. Bei 49 Fällen febrilen Abortes endeten 24 positiv, 16 negativ, 8 wurden wegen Blutung ausgeräumt, 1 Fall entleerte sich unvollkommen. Bei afebrilem Abort handelt es sich um 12 Fälle, bei denen 5 positiv, 5 negativ ausfielen und 2 Fälle unvollkommen sich erledigten.

Kleiner Chininstoss bei febrilem Abort.

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives Ergebnis	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
incipiens	1	–	–	–	1
im Gang	15	13	–	–	2
incompl. I	9	5	1	1	2
incompl. II	3	–	3	–	–
Insgesamt	28	18	4	1	5

Kleiner Chininstoss bei afebrilem Abort.

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives Ergebnis	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
incipiens	1	1	–	–	–
im Gang	3	1	–	1	1
incompl. I	3	–	2	1	–
incompl. II	3	–	3	–	–
Insgesamt	10	2	5	2	1

Grosser Chininstoss bei febrilem Abort.

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives Ergebnis	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
incipiens	4	1	2	1	–
im Gang	22	16	2	4	–
incompl. I	11	6	2	3	–
incompl. II	12	1	10	–	1
Insgesamt	49	24	16	8	1

Grosser Chininstoss bei afebrilem Abort.

Art d. Ab.	Zahl	Positives Ergebnis	Negatives Ergebnis	Ausr. w. Blutung	Unvollk. Ausstoss
incipiens	5	2	2	–	1
im Gang	3	2	–	–	1
incompl. I	1	1	–	–	–
incompl. II	3	–	3	–	–
Insgesamt	12	5	5	–	2

Bei der verhältnismässig geringen Anzahl der Fälle kann man die Zahlenunterschiede der beiden Chininstösse nicht voll auswerten. Wir müssen uns hier auf die Beobachtungen, die in der Klinik gemacht wurden, verlassen. Danach stellte man fest, dass der grosse Chininstoss wesentlich drastischer wirkt, besonders bei unvollkommenem Abort und bei afebrilem Abort, wo der kleine Chininstoss, auch rein zahlenmässig betrachtet, stark im Rückstand bleibt. Man kam deshalb zum Schluss, den kleinen Chininstoss zuerst anzuwenden, bei Misserfolg den grossen Chininstoss folgen zu lassen. Dies wurde auch hauptsächlich bei schwächlichen Patienten ausgeführt, bei denen eine gewisse Vorsicht der Chinindarreichung geboten war.

Fall 1. 547/29. Abortus febr. incompl. I. mens. IV-V. Aufnahme 29. 8. Am vorhergehenden Tag bei der Feldarbeit plötzlich eine Blutung, die sich am nächsten Tag so verstärkte, dass der Arzt die Patientin einwies. Zuhause war der Foet noch ausgestossen worden. Es blutete zur Zeit der Untersuchung nicht mehr. Scheide und Portio waren aufgelockert. Os externum, internum, sowie Cervikalkanal waren für einen Finger durchgängig. Uterus knapp faustgross. Aus der Mm. hängt die Nabelschnur bis vor die Vulva. Temp. 37,4. Es wird in halbstündigen Pausen nach Verabreichung von 0,5 Chinin i. v., im, und per os, 4 x 0,5 Pituglandol verabreicht. Kurze Zeit nach der letzten Injektion erfolgt Spontanausstossung der Plazenta. Temperatur fällt ab. Am 3. Tag nach dem Chininstoss Temperaturanstieg bis 39,1. Deshalb Argochrom und Caseosankur. Am 6. Tag Fieberfreiheit.

Fall 2. 561/29. Abortus febr. incipiens, mens. III. Aufnahme 2. 9. Nach der letzten mens. 6 Wochen Amenorrhoe, dann mehrere Tage lang geringe Blutung. Anschliessend an starke körperliche Anstrengung ging Schleim ab. Nach 2 Tagen blutet es verstärkt. Blutung hält bis heute an. Es treten beiderseits im Unterbauch ziehende Schmerzen auf. Uterus $^1/_2$-faustgross, aufgelockert, Konsistenzwechsel, Hegar (pos.) Portio $^1/_2$ fingergliedlang, aufgelockert, os externum für Fingerkuppe einlegbar. Nachdem eine Ruhigstellung des Uterus mit Pantopon vergeblich versucht worden ist, wird wiederum die übliche Chiningabe verabreicht, anschliessend in stündlichen Abständen 5 x 1,0 Pit. Es treten vorübergehend leichte Wehen auf mit mittlerer Blutung. Da der Abort nicht in Gang kommt, werden am nächsten Tag nochmals 4 x 1,0 Pit. gegeben. Wiederum leichte Wehen. Da der Chininstoss erfolglos, am 3. Tag nochmals Wiederholung ohne Erfolg. Temp. bis 37,9 rektal abgefallen, Ausräumung. Es wird bis Hegar 14 ohne Widerstand am nächsten Tag dillatiert, dann Einlegen von 3 Laminariastiften. Am nächsten Tag Dilatation bis Hegar 20, Ausräumung.

Fall 3. 625/29. Abortus febr. incimpl. II. mens. II - III. Aufnahme 14. 9. Letzte mens. vor 3 Monaten, seit 14 Tagen erst bräunlich-schleimiger, dann blutiger Ausfluss. In den letzten beiden Nächten traten kurzdauernde starke Blutungen auf, die bei Verlassen des Bettes immer wieder einsetzten, so-

dass Pat. gezwungen war, 3 Wochen lang mit kurzen Unterbrechungen das Bett zu hüten. Deshalb Aufnahme in die Klinik. Bei der Untersuchung keine Blutung. Stattdessen bräunlicher, stark foetider Ausfluss. Geringe abendliche Temperatursteigerung bis 37,5, Portio fingergliedlang, etwas aufgelockert. Mm. für Fingerkuppe einlegbar. Uterus etwas vergrössert. Am nächsten Tage entleert sich auf Druck, wie am Vortage, ein Eihautfetzen. Wegen Abortes febr. incompl. Chininstoss in typischer Weise. Da kein Erfolg Abrasio. Es werden Plazentareste entfernt. Nach der Abrasio Schüttelfrost, Temp. 39,6. Ordin.: Argochrom, Secacornin, Eisblase. Am nächsten Tage fieberfrei.

Fall 4. 627/29. Abortus afebr. incipiens mens. IV. Aufnahme 26. 8. Letzte mens. vor 4 Monaten. Vor 6 Wochen hatte Pat. eine leichte Blutung. Der Arzt, der eine Graviditat feststellte, schickte Patientin wegen drohenden Abortes in die Klinik. Es stellten sich Schmerzen im Unterleib ein. Nach kurzer Bettruhe stand die Blutung wieder, Pat. hatte keinerlei Beschwerden mehr. Entlassung. Kommt wieder zur Aufnahme. Hatte vor 14 Tagen wiederum leichte Blutung. Bei der Aufnahme bräunlich-schleimiges Sekret in der Scheide. Portio zweifingergliedlang, wenig aufgelockert, Mm. für Fingerkuppe einlegbar, Uterus wenig aufgelockert, kein Konsistenzwechsel. Diagnose: Missed arbortion. Es bestehen normale Temperaturen, sofort grosser Chininstoss, 6 x 1,0 Pit. Nach 2 Stunden treten unregelmässige Wehen auf, nach 12 Stunden erfolgt Spontanausstossung des Foeten in geschlossenem Eihautsack. Die Plazenta erweist sich als anaemisch und fettig degeneriert. Der Foet entspricht einer Gravidität mens. IV.

Fall 5. 647/29. Abortus afebr. incipiens. Aufnahme 27. 9. Letzte mens. vor 4 Monaten. Vor 14 Tagen bekam Pat. plötzlich abends heftige Rückenschmerzen, und es trat eine hellrote Blutung auf. Am nächsten Tage ist die Blutung von dunkelroter Farbe. Pat. geht trotz starker Blutung ihrer Arbeit nach. Nach Befragung des Hausarztes Einweisung in die Klinik. Foet soll nicht abgegangen sein. Aus dem Cervikalkanal entleert sich nur ganz wenig dunkelrotes Blut mit Schleim vermischt. Portio $^1/_2$ fingergliedlang, wenig aufgelockert, Mm. grübchenförmig. Die Grösse des Uterus entspricht einer Grav. mens. V-VI. Da trotz medikamentöser

Behandlung der Abort nicht mehr aufzuhalten ist, grosser Chininstoss und 6 x 0,5 Pit. einhalbstündlich. Da sich keine Wehentätigkeit ergibt, erfolgt Ausräumung. Es wird ohne wesentlichen Widerstand bis Hegar 12 erweitert, Einlegen von 2 Laminariastiften, am nächsten Tage Erweiterung bis zur Durchgängigkeit für zwei Finger. Ausräumung Argochrom i. v. Temperaturanstieg bis 37,8, nach 2 Tagen Entfieberung.

Fall 6. 738/29. Abortus febr. im Gang. Grav. mens. II-III. Aufnahme 25. 10. Letzte mens. vor 9 Wochen. Seit 14 Tagen wechselnde Blutung, ziehende Schmerzen. Portio fast aufgebraucht, Cervikalkanal fast entfaltet, Uterus faustgross, cervikaler Teil stark aufgelockert, druckschmerzhaft. Reichlich jauchige Sekretion aus der Scheide. Temp. 38,8. Caseosan an 3 Tagen. Temperaturabfall. 1. 11. Subfrebile Temperaturen, deshalb Chininstoss. Es treten Kontraktionen auf, sowie reichliche Sekretion. 4. 11. immer noch subfebr. Temperatur, abwarten, Caseosan. Die jauchige Sekretion hat mit dem Chininstoss aufgehört. 5. 11. Nochmals Chininstoss, ohne Erfolg. Exploration: In der Scheide wenig gelbliches Sekret. Geringe blasig-eitrige Sekretion aus dem Mm. Mm. geschlossen, Cervix gut formiert, Uterus in Streckstellung, grösser als normal, derb, kontrahiert, Sacrouterinligamente bds. fingerdick, sehr druckschmerzhaft. Ordin.: Secacornin, Eisblase, Milchsäurespülungen. Spätere Abrasio ergab nur Abortreste. 8. 11. Caseosanserie beendet. 12. 11. Entlassung.

Fall 7. 775/29. Abortus febr. im Gange. Aufnahme 23. 12. Letzte mens. vor 2 Monaten. Bis vor 4 Tagen Amenorrhoe, von da an leichte Blutung, die gestern sehr stark wurde. Deshalb Einweisung in die Klinik. Uterus entsprechend einer Grav. mens. II-III. Bei der Aufnahme-Exploration blutet Frau nur wenig. Temp. 37,5. Aus dem Mm. hängt ein Bein des Foeten. Zur Anregung der Wehen werden 0,5 Pit. gegeben, nach einer Stunde nochmals 2,0 Pit., ohne dass Wehen auftreten. Es wird deshalb am nächsten Tag der grosse Chininstoss gemacht. Anschliessend in Abständen von 15 Minuten folgen 6 x 0,5 Pit. Es treten keine Wehen auf. Temp. normal. Tags darauf nochmals Chininstoss, folgend in 15 Minuten Abstand 0,5 Pit., 0,3 Physormon, 0,7 Pit., 0,5 Physormon, 1,0 Pit., 0,7 Physormon. Auch diesmal keinerlei Erfolg, deshalb Ausräumung.

Fall 8. 90/30. Abort febr. im Gang. Aufnahme 2. 2. Letzte mens. vor 9 Wochen. Seit 3 Wochen ist Pat. sehr elend, hatte viel Erbrechen, sodass sie annahm, in anderen Umständen zu sein. Während dieser Zeit häufiges Frösteln, ob Temperaturen bestanden, weiss sie nicht. Seit 8 Wochen besteht eine geringe Blutung, die seit 2 Tagen verstärkt auftrat. Gestern Abgang eines dicken Blutklumpens, in dem sich keine Eiteile wahrnehmen liessen, Schüttelfrost und Erbrechen bestanden. Ebenfalls heute Morgen Schüttelfrost, Aufstossen, leichter Brechreiz, kein Stuhlgang, doch geht Flatus ab. – Aufnahme, Blutung wie starke Menses, in der Scheide dunkles koaguliertes Blut. Portio und Mm. o. B. Cervikalkanal für einen Finger durchgängig. Uterusgrösse der Zeit der Amenorrhoe entsprechend. In der Gegend der Adnexe leicht empfindliche Resistenz. Diagnose: Abort im Gang. Temp. 39,4 Ordin.: Chininstoss. Daraufhin Einsetzen von kräftigen Wehen. Es erfolgt Ausstossung des Eies. Am nächsten Tag Temp. zur Norm abgefallen. Wegen Verdacht auf Peritonitis Fowler'sche Lage. Nach 2 Tagen waren die Erscheinungen abgeklungen.

Fall 9. 97/30. Abort febr. incompl. II. Aufnahme 16. 1. Vor 3 Wochen letzte mens. Vor 5 Tagen plötzlich eine Blutung ohne jeden Anlass. Tags darauf soll die Frucht abgegangen sein, wie der Hausarzt feststellte. Pat. blutete weiterhin bis heute. Temp. soll nie über 37 gewesen sein. Gestern Vormittag plötzlich 39, Pat. klagt über keinerlei Schmerzen. – Scheide mit grossem Blutkoagula angefüllt, die aus dem Mm. herausragen. Temp. 37,1. Portio $^1/_2$-fingergliedlang, os externum und Cervikalkanal für 1 Finger durchgängig, Uterus faustgross, zeigt Konsistenzwechsel. Adnexe o. B. Diagnose: Abort incompl. Ordin.: Chininstoss. Keinerlei Wehentätigkeit. Am nächsten Tage nochmals 4 x 1,0 Pit., wiederum ohne Erfolg. Abendtemperatur 39,9. Es wird Fieberfreiheit abgewartet und ausgeräumt. Es entleeren sich die Plazentareste. Nach der Ausräumung starke Blutung, weicher Uterus, deshalb Orasthin, kein Erfolg. Cervix- und Scheidentamponade. Argochrom.

Fall 10. 162/30. Abort afebr. incompl. I. Aufnahme 6. 3. Letzte mens. vor 10 Wochen. Vorgestern Abend geringe Blutung, die nach wenigen Stunden aufhörte. Gestern wie-

derum geringe Blutung und starke Schmerzen. Nachts gegen 3 Uhr traten schmerzhafte Wehen ein. Um 4 Uhr Ausstossung der Frucht. In der Scheide grosse Mengen geronnenen Blutes, normale Temperaturen, Scheide wenig aufgelockert, Portio aufgelockert, für Finger bequem passierbar. Uterus faustgross, gut kontrahiert. Ordin.: Chininstoss. Nach 3 Stunden werden Plazenta und Eihäute ausgestossen. Argochrom. Nach 8 Tagen Abrasio: Hochgradige Endometritis.

Fall 11. 188/30. Abort afebr. im Gang. Aufnahme 14. 3. Vor 10 Wochen letzte mens. Heute plötzlich starker Blutverlust, im Anschluss an eine Radtour, sodass sich Pat. ins Bett legen musste. Trotz Bettruhe kein Stillstand der Blutung. Aus dem Mm. ragt der untere Eipol hervor. Es besteht z. Zt. ganz geringfügige Blutung, normale Temperaturen. Scheide wenig aufgelockert, Portio aufgelockert, für einen Finger bequem passierbar. Uterus stark aufgelockert und eigross. Ordin.: 2 ccm Solcochin, 1 ccm Hypophysin. Nach 2 Stunden wird das vollständige Ei ausgestossen, das einer Grav. mens. II-III entspricht. Keine Blutung mehr.

Fall 12. 326/30. Abort. febr. incompl. mens. IV. Aufnahme am 14. 5. Letzte mens. 17. April 1930. Pat. fühlt sich dauernd unwohl. In den letzten 2 Wochen Erbrechen. Stuhlgang regelmässig. Keine Oedeme, vor der Schwangerschaft etwas Ausfluss. Seit 14. 5. geringe tropfenweise Blutung. Portio erhalten, aufgelockert, os ext. geschlossen. Os int. ebenfalls. Blase fehlt. Uterus entspricht einer Grav. mens. III-IV. weich Konsistenzwechsel, etwas druckempfindlich. Senkzeit 70 Min. Temp. abends 39,5. Am 16. 5. morgens spontane Ausstossung eines 22 cm langen macerierten Foeten. Temp. 37,4. Nach der Ausstossung des Foeten Chininstoss ohne Erfolg. Am 17. 5. nach ruhig verlaufener Nacht am Morgen Spontanausstossung der Plazenta. Temp. abends 36,4.

Fall 13. 365/30. Abort. febr. im Gang. mens. IV-V. Aufnahme am 26. 5. Letzte mens. am 23. Januar 1930. Wohlbefinden, mässiger Fluor. Am 13. 5. abends starke Leibschmerzen und geringe Blutung. Am 24. 5. Schüttelfrost, geringe Blutung. Am 25. wiederum Schüttelfrost. Am 26. Einweisung durch den Arzt. Pat. weiss nicht die Blutung zu erklären. Sie gibt an, dass die Blutung an dem Tage einsetzte, an dem eigentlich die Regel hätte kommen müssen.

Portio aufgelockert. Aus der Cervix eitrige blutig-foetides Sekret. Os ext. für Finger eingängig. Os int. desgleichen. Uterus N/S, entspricht einer Grav. mens. IV-V. Deutlicher Kontraktionswechsel, Parametrien beiderseits ziemlich druckempfindlich. Um 18 Uhr Chininstoss in üblicher Weise, um 24 Uhr Spontanausstossung eines 4 – 5 Monate alten Foeten. Am nächsten Tag Temp. normal.

Fall 14. 423/30. Abort febr. im Gang, mens. IV. Aufnahme 14. 6. Letzte mens. Anfang März. Pat. hat seitdem häufig Brechreiz. 1-2 mal Erbrechen. Appetitlosigkeit. Vor einigen Tagen vorübergehend leichte Blutung. Heute nacht plötzlich starke Blutung ohne Beschwerden oder wehenartige Schmerzen. Portio aufgelockert, livide verfärbt. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Os int. geschlossen. Uterus entsprechen einer Gravidität mens. IV zeigt deutlich Konsistenzwechsel. Zunächst Ruhigstellung mit Extr. vib. prunifol. und Tinctura Opii. Bettruhe. Am 15. keine Blutung mehr, Pat. erbricht morgens, später bei jeder Nahrungsaufnahme. Hungertag Ringer Tropfeinlauf. Am 16. eisgekühlte Milch teelöffelweise wird vertragen, am 19. volle Kost. Die Gravidität erscheint völlig ruhig gestellt. Extr. vib. wird abgesetzt. Pat. verträgt alles Essen ohne Erbrechen. Am 21. vaginale Exploration, Befund derselbe 2 ccm Pantopon. Darauf reichlich Erbrechen. Pat. blutet wieder etwas. Erhält nochmals Extr. vib. laufend. Am 24. Heute Nacht bekommt Pat. einen Schüttelfrost. Temp. 39,6, morgens wieder temperaturfrei, jedoch Klagen über Schmerzen im Leib, Stuhldrang, stärkere Blutung. Mittags wieder Frösteln. Temp. 39,3, starke Blutung. Vaginale Exploration ergibt Cervikalkanal für Finger durchgängig unterer Eipol bereits gelöst. Chininstoss in üblicher Weise. Nach 2 Stunden Spontanausstossung der Fruchtblase. Plazenta anscheinend vollständig. Nach einer Stunde starke Blutung, deshalb im Ätherrausch Ausräumung. Entfernung eines kleinen Plazentastücks. Am 25. fieberfrei.

Fall 15. 454/30. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme am 17. 7. Letzte mens. Anfang April. Wohlbefinden, ab und zu Brechreiz. Seit 8 Tagen plötzlich Blutung, zuerst gering, seit 4 Tagen stärker. Portio aufgelockert. Cervikalkanal für Finger passierbar. Uterus entspricht einer Grav. mens IV., zeigt Konsistenzwechsel. Hegar positiv. Pat. wird von der Polyklinik aufgenommen. Blutung mässig stark,

tagsüber gering, die sich gegen Abend verstärkt und um 22 Uhr so stark wird, dass die Indikationen zur Erledigung des Abortes bestehen. Chininstoss in üblicher Weise. Um 0.30 Uhr Spontanausstossung eines macerierten Foeten. Um 1 Uhr auf 1 ccm Pituglandol Spontanausstossung der vollständigen Plazenta. Keinerlei Nachblutung. Nur noch subfebr. Temp.

Fall 16. 456/30. Abort im Gang mens. IV-V. Aufnahme 15. 7. Letzte mens. 26. 3. Dann 8 Wochen keine Blutung, seit 26. 6. jedoch dauernde Blutung. Portio verkürzt, Cervikalkanal für Finger durchgängig. Bei der Aufnahme ziemlich starke Blutung. Temp. 37,2 Chininstoss. Ziemlich kräftige Wehen, mässiger Blutverlust, nach der letzten Pituglandolinjektion werden die Wehen schwächer, deshalb drei Einheiten Hypophysin, $^1/_2$ Stunde später Ausstossung des 250 gr schweren Fruchtsacks in toto. Blutungen nur noch mässig, Uterus gut kontrahiert. Wohlbefinden.

Fall 17. 540/30. Abort incompl. mens. II-III. Febr. Aufnahme am 11. 8. Letzte mens. am 29. 7. Am 5. 8. plötzlich Spontanblutabgang. Hausarzt stellt Fehlgeburt fest. Seither dauernd geringe Blutung. Gestern Abend 38,5 Portio aufgelockert, Cervikalkanal geöffnet, Uterus faustgross. Aus dem Mm. hingen Abortreste. Bei der digitalen Untersuchung erweisen sie sich als brüchig. Ein Teil liegt lose vor der Portio, der andere befindet sich noch im Cavum, grösstenteils im Cervikalkanal. Chininstoss, mässige Wehen, geringe Blutung, am 15. dauernd subfebr. Temp. geringer Blutabgang. Morgens immer Abgang eines hühnereigrossen Blutgerinsels. Am 17. häufig Kopfschmerzen, zunehmende Blässe, dauernd geringe Blutung. Hb. 32,5 %, am 19. zunehmende Blässe, Puls klein, regelmässig, Pat. macht sehr verfallenen Eindruck. Vag. Exploration, Uterus sehr weich, noch etwa faustgross, mässig druckempfindlich. Parametrien o. B. Aus vitaler Indikation Ausräumung. Ergibt wenig Plazentareste. Bei Nachfahren mit der stumpfen Cürette ergibt noch einige Plazentareste. Man tastet an der linken Hinterwand eine Rauhigkeit (Insertionsstelle). Da trotz Pituglandol und Secale die Blutung nicht steht, Uterustamponade. Nach 6 Stunden Entfernung der Tamponade. Keine Nachblutung. Eine Stunde nach der Ausräumung Schüttelfrost. Am 20. beginnende Entfieberung, Puls kräftig, Wohlbefinden, keine Blutung.

Fall 18. 606/30. Abort febr. incompl. mens. IV. Aufnahme 14. 9. Letzte mens. 6. 6. Subjektives Wohlbefinden, kein Erbrechen, seit 4 Wochen stärkere Blutung. Am 14. 11 Uhr plötzlich starke Blutung, deshalb Einweisung. Bei der Aufnahme geringe Blutung. Auf $^1/_2$ ccm Pituglandol leichte Wehentätigkeit, am 15. Chininstoss, leichte Wehentätigkeit, Ausstossung eines kleinen Eihautrestes. Keine stärkere Blutung. Am 17. Pat. erhielt Secacornin, Temp. 38,1 vag. Exploration. Uterus gut gänseeigross, weich, Portio verkürzt, Cervikalkanal und Os int. für 2 Finger durchgängig. Im Cervikalkanal Plazentagewebe, Uterus stark druckempfindlich, stark foetige, blutige Sekretion. Am 18. morgens Rizinus, dann Chininstoss, ohne Erfolg, abends Temp. normal. Nach 6 Tagen Ausräumung bei Fieberfreiheit. In der Zervix pflaumengrosses Plazentastück, das mit dem Abortlöffel leicht entfernt wird. Dilatation nicht notwendig. Es werden Plazentareste entfernt. Pat. ist sehr elend, erholt sich jedoch langsam. Nach der Ausräumung 38,2. Am nächsten Tage Entfieberung.

Fall 19. 661/30. Abort febr. im Gang. Letzte mens. 15. Mai von normaler Stärke. In der Nacht vom 24. auf 25. 7. Einsetzen von Wehen. Gleichzeitig erster Schüttelfrost. Im Laufe des 25. zwei weitere Schüttelfröste. Einweisung. Uterus faustgross, weich, druckschmerzhaft, aus dem Mm. hängen Plazentareste, da kurz vorher während der Ausräumung bei einer anderen Pat. offenbar ein vierter Schüttelfrost eingesetzt hatte. (Temp. 40,5) und der Abort schon weit fortgeschritten ist, Chininstoss. Um 20 Uhr Puls zeitweise ausserordentlich klein, besonders wenn Pat. mitpresst. Es wird ihr daher das Pressen verboten, zumal noch keine richtigen Wehen in Gang gekommen sind. 22 Uhr nach der vierten Pituglandolspritze sind die Wehen kräftig, es kommt zur Ausstossung eines völlig macerierten Foeten entsprechend einer Gravidität mens. III. Die Plazenta folgt nicht. Der untere Plazentapol bleibt in der Vulva sichtbar. Weitere Pituglandol. Um 22.20 Uhr Wehen schlecht, ziemlich starke Blutung, deshalb vaginale Exploration: Grösster Teil der Plazenta in der Vulva ist mit einem im Fundus noch ungelösten Teil breit verbunden. Muttermund vollständig. Ordination: 0,5 Physormon, daraufhin wieder 2 kräftige Wehen, dann völlige Wehenpause. Auf nochmals Pituglandol einige

gute Wehen. 23,50 Uhr, da Pat. nicht blutet, ganz erschöpft ist, Puls leidlich gefüllt. Ordination: Schlafen. Am 26. 7. Temp. 36,6. Puls gut gefüllt. Nochmals 8 x 0,5 Pituglandol, da erneuter Chininstoss bei der Schwäche der Pat. wohl kaum vertragen wird, setzen nur leichte Wehen ein. Am 27. wieder ziemlich starke Blutung, Temp. und Puls normal, erneut Chininstoss ohne Erfolg, deshalb am 29. Ausräumung. Es wird ein Plazentarest entfernt.

Fall 20. 680/30. Abort febr. im Gang. mens. II-III. Aufnahme 4. 11. Letzte mens. 5. 9. Heute mittag gegen 3 Uhr plötzlich unter wehenartigen Schmerzen sehr starke Blutung. Portio aufgelockert. Muttermund für einen Finger bequem passierbar. Uterus gut enteneigross, stark aufgelockert, supracervikale Erweichung, deutlicher Konsistenzwechsel, etwas druckempfindlich, ebenso rechte Adnexe. Da die Blutung zur Zeit mässig ist und nach Mitteilung der Hautklinik eine Go. vorliegt, zunächst Chininstoss. Temp. 37,8. Nach einer Stunde Ausstossung des gesamten Uterusinhaltes. Am 14. Temp. zur Norm abgefallen, entlassen.

Fall 21. 715/30. Abort febr. incompl. mens. V-VI. Aufnahme am 12. 12. Letzte mens. Mitte Juni. Anfang November zeitweiser Abgang von hellrotem Blut. Pat. fühlte sich ziemlich elend, hatte viel unter Kopfschmerzen zu leiden. Am 1. 12. Untersuchung in der hiesigen Polyklinik. Diagnose: Gravidität mens. VI. Abort. imminens, Rat zur Aufnahme, die sie ablehnte. Pat. erscheint erst heute wieder wegen inzwischen aufgetretener starker Blutung. Heute soll die Frucht abgegangen sein. Ob auch ein Stück der Plazenta ist nicht bekannt. Temp. 39,2. Die Portio verkürzt, Cervikalkanal für 2 Finger passierbar. Os int. desgleichen. Hinter dem Muttermund fühlt man Blutkoagula und Plazentagewebe, Uterus faustgross. Ordination: Chininstoss. Nach 3 Stunden bei leichter Wehentätigkeit wird ein grosses Coagulum ausgestossen, es blutet in geringer Stärke hellrot weiter. Pat. wird deshalb sofort zur Ausräumung vorbereitet. Ist sehr stark anaemisch und kollabiert. Die Ausräumung ergibt stark zerfetzte Plazenta. Nur noch mässige Blutung. Argochrom, Eisblase Halbfowler. Es tritt septische Kreislaufschwäche ein. Exitus letalis.

Fall 22. 727/30. Abort febr. incompl. mens. III. Aufnahme 20. 12. Letzte mens. Mitte Oktober, in den letzten

14 Tagen 2 mal leicht geblutet, am 18. ds. Mts. stark geblutet, wobei der Foet abging. Am 19. geringe Blutung. Heute plötzlich Schüttelfrost und hohes Fieber, deshalb Einweisung. Portio knapp fingergliedlang, aufgelockert. Os ext. für Finger eingängig. Os int. geschlossen. Uterus knapp mannsfaustgross, von ziemlich fester Konsistenz. Temp. 38,2. Puls 156. Pat. klagt stark über Atemnot. Es handelt sich augenscheinlich um eine starke Kreislaufschwäche, infolge eines muskelschwachen Herzens. Deutliche Anaemie. Bei der Aufnahme keine Blutung. Auch angeblich den ganzen Tag über nicht geblutet. Wegen der bestehenden Kreislaufinsuffiziens wird vom Chininstoss einstweilen abgesehen. Am 22. Temp. und Puls deutlich abgefallen, Chininstoss in typischer Weise. Es treten zeitweise wehenartige Schmerzen auf. Allgemeinbefinden dabei gut. Nachmittags ganz geringe Blutung. Um 16 Uhr wird ein grosses Blutcoargulum von ca. 350 gr Gewicht ausgestossen. Darin liegt die Plazenta, die einer Gravidität von 2 – 3 Monaten entspricht. Seccacornin, Eisblase, die ziemlich stark collabierte Pat. erholt sich rasch, am nächsten Tag fieberfrei.

Fall 23. 46/31. Abort febr. incip. mens. V. Aufnahme 24. 1. Letzte mens. Ende September, schwächer als sonst. Starkes Erbrechen, sonst Wohlbefinden. Am 21. 1. bei leichter Anstrengung mässige Blutung, die am Tage über anhielt. Am 22. und 23. ganz geringe Blutung. Pat. hält vorübergehend Bettruhe ein. Heute Morgen wieder stärkere Blutung mit wehenartigen Schmerzen. Temperaturanstieg. Hausarzt weist Pat. ein. Sie soll viel Blut verloren haben. Portio aufgebraucht, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Uterus N/1 entspricht einer Gravidität mens. V. Ordination: Chininstoss. Zuerst Abgang von etwas Blut, später kräftige Wehen, nach 2 Stunden Ausstossung der gesamten Frucht. Entfieberung am nächsten Tag.

Fall 24. 213/31. Abort febr. incip. mens. III-IV. Aufnahme 21. 4. Letzte mens. 4. 1. Anfangs Erbrechen, seit einigen Tagen Blutung, heute Nacht Abgang von geronnenem Blut. Diagnose: Abort. imminens, conservative Behandlung, da Abort jedoch nicht aufzuhalten ist, erfolgt am 31. 4. Chininstoss. Temp. 37,2. Muttermund für Fingerkuppe eingängig. Cervikalkanal geschlossen, Uterus entspricht einer Gravidität mens. IV. Auf Chininstoss starke Wehen, jedoch

wegen plötzlich starker Blutung Ausräumung. Dilatation bis Hegar 19 ohne Schwierigkeiten. Entfernung des zum grössten Teil gelösten Eies mittels Abortzange. Uterus dauernd schlaff, starke Blutung, deshalb Zervixtamponade. Temp. bis 37,5, am nächsten Tag Entfieberung.

Fall 25. 239/31. Abort im Gang mens. V. Aufnahme 11. 5. Letzte mens. 16. 1. Seit 8. 5. Blutung. Nach 2 Tagen auf 8 Tage aussetzend, seitdem dauernde Blutung. Portio halbfingergliedlang, Cervikalkanal für Finger durchgängig. Uterus entspricht einer Gravidität mens. V. Temp. 36,5 Ordination: Chininstoss. Bei kräftiger Wehentätigkeit nach 3 Stunden Ausstossung der gesamten Frucht mit Plazenta.

Fall 26. 263/31. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 12. 5. Letzte mens. Ende März. Vor 14 Tagen zweitägige geringe Blutung, am 7. 5. erneut Blutung. Anfangs stark, dann geringer, bis heute andauernd. Portio aufgelockert, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Cervikalkanal geschlossen. Uterus gänseeigross, weich, zeigt ausgesprochenen Konsistenzwechsel. Hegar positiv. Am 13. Temp. 37,3, keine Schmerzen, Leib nicht empfindlich, mässige Blutung. Ordination: Chininstoss. Darauf keine Wehentätigkeit. Geringe Blutung, abends 37,5 keine Blutung, nochmals Pituglandol ohne Erfolg. Am 14. zweiter Chininstoss, ebenfalls ohne Erfolg. Pat. gibt auf nochmaliges Befragen an, dass zu Hause schon ein faustgrosses Stück abgegangen sei. 20. 5. fieberfrei. Abrasio ergibt Abortreste.

Fall 27. 272/31. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 11. 5. Letzte mens. 7. 3. Vor 3 Wochen erstmals geringe Blutung, die nach einigen Tagen stärker wurde. Bekam vom Arzt Spritzen und Tropfen, worauf die Blutung nachliess. Nach einigen Tagen wieder mässige Blutung, die bis heute in wechselnder Stärke anhält. Portio fast völlig aufgebraucht, Cervikalkanal für Finger passierbar. Uterus entspricht einer Grav. mens. II-III, ist deutlich aufgelockert. Konsistenzwechsel nicht deutlich. Auf Chininstoss keine Wehentätigkeit, Blutung unverändert. Am 12. 5. bei Fieberfreiheit Ausräumung. Dilatation bis Hegar 20 ohne Schwierigkeiten. Entfernt werden Plazentareste. Ansteigen des Fiebers bis 40, Caseosan. Nach 6 Tagen Entfieberung.

Fall 28. 281/31. Abort febr. im Gang. mens. III. Aufnahme 24. 5. Letzte mens. 20. 3. In den ersten Wochen starkes Erbrechen. Am 20. 4. erstmals geringe Blutung, $^1/_2$ Tag dauernd, dann alle 8 Tage geringe Blutung, rosagefärbter Ausfluss. 23. 5. plötzlich starke Blutung, Einweisung. Temp. 38. Portio aufgebraucht, Cervikalkanal für einen Finger passierbar, Os int. für Fingerkuppe einlegbar, Uterus klein faustgross. Auf Chininstoss kräftige Wehen, nach einigen Stunden Ausstossen des gesamten Eies. Am nächsten Tag fieberfrei.

Fall 29. 430/31. Abort febr. im Gang. mens. III. Aufnahme 25. 7. Letzte mens. vor 3 Monaten. Vor 8 Tagen plötzlich starke Blutung, mit Abgang eines grösseren Gewebstückes, am nächsten Tage 39 Fieber. Seitdem dauernd mässig starke Blutung und Fieber bis zu 39. Portio erhalten, weich, Cervikalkanal für Finger leicht passierbar. Os int. für Fingerkuppe eingängig. In den Cervikalkanal reicht der untere Eipol des anscheinend grösstenteils gelösten Eies. Uterus knapp faustgross. Auf Chininstoss keine Wehen. Etwas vermehrter Blutabgang, da Pat. stark ausgeblutet ist, Puls klein und unregelmässig, aus vitaler Indikation Ausräumung. Entfernung des Eies ohne Dilatation. Nach 2 Tagen Entfieberung.

Fall 30. 434/31. Abort febr. im Gang mens. II-III. Aufnahme 26. 7. Letzte mens. Anfang Februar. Erstes Vierteljahr ständig Erbrechen. Vor 4 Wochen mässig blutig aussehender Ausfluss. Nach 3 – 4 Tagen unter Schonung aufhörend. Heute Morgen gegen 7 Uhr starke Genitalblutung. Einweisung. Temp. 37,8, in der Scheide 7 cm langer macerierter Foet. Portio einhalbfingergliedlang, Cervikalkanal geöffnet. Uterus auf Chininstoss, Spontanausstossung des vollständigen Eies. Entfieberung.

Fall 31. 451/31. Abort febr. incompl. mens. III. Aufnahme 30. 7. Letzte mens. vor 2 Monaten. Die Regel ist verspätet aufgetreten, anschliessend bräunlicher Ausfluss, seit 3 Tagen ziehende Schmerzen im Unterleib. Gestern plötzlich Einsetzen einer Blutung. Portio aufgebraucht, Os ext. völlig erweitert, Cervikalkanal entfaltet, Os int. erweitert. Uterus entspricht Grav. mens. III, ist weich uud druckschmerzhaft. Temp. 39. Auf Chininstoss mittelstarke Blutung, kein

Abgang irgendwelcher Fruchtteile, wegen des Fiebers Argochrom und Caseosan. Am 9. 8. wegen noch mässiger Blutung nochmals Chininstoss. Einsetzen einer sehr starken Blutung ohne Wehentätigkeit. Am 10. 8. blutet nur noch gering und am 24. 8., da Pat. mit Unterbrechungen bis heute geblutet hat, bei Fieberfreiheit Ausräumung. Dilatation bisher Hegar 18 ohne grosse Schwierigkeiten, es werden Plazentabröckel entfernt Wegen Nachblutung Zervixtamponade.

Fall 32. 452/31. Abort febr. im Gang. mens. IV-V. Aufnahme 21. 8. Letzte mens. vor 4. Wochen. Pat. kommt stark blutend in die Klinik, Temp. 37,8, Puls 100. Cervikalkanal für Finger eben passierbar. Uterus entspricht einer Gravidität mens. V. auf Chininstoss kräftige Wehen. Blutung lässt nach. Nach einigen Stunden Ausstossung des 25 cm langen Foeten mit Plazenta. Sofortige Entfieberung.

Fall 33. 492/31. Abort febr. incompl. mens. IV-V. Aufnahme 18. 9. Letzte mens. 12. Juni. Frau gibt an, schon im ersten Monat mit Unterbrechungen geblutet zu haben. Zu Hause ist Frucht abgegangen. Portio aufgebraucht, Cervikalkanal für 2 Finger durchgängig. Uterus mannskopfgross Temp. 37,6. Ordin.: kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Am 13. Druckgefühl auf den After, Plazenta, die in der Scheide lag, wird ausgestossen. Fieberfrei.

Fall 34. 500/31. Abort febr. im Gang. mens. III. Aufnahme 22. 9. Letzte mens. 20. 7. Pat. blutet seit 14 Tagen, am 17. stärkere Blutung, Ehemann (Arzt) abradiert, er stiess auf reichlich Plazentagewebe, deshalb Abbrechen, seitdem stärkere Blutung. Ergibt Secale. Heute 38,5, Einweisung. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Uterus gut faustgross, Chininstoss. 2 Min. nach der i. v. Spritze klagt Pat. über Ohrensausen. Sie erhält die 2. Spritze erst nach 10. Min. Ohrensausen wird stärker. Die Chiningabe per os wird gut vertragen, nur leicht ziehende Schmerzen, alle 2 – 5 Min. Zunahme des Ohrensausens. Später Einsetzen regelmässiger Wehen, alle 2 – 3 Min. zum Teil krampfartig, nach 3 Stunden nachlassend. Auf Pituglandolgabe wiederum starke Wehen, nach weiteren 3 Stunden unter kräftigen Wehen Ausstossung des Fruchtsacks. Nach der Ausstossung tritt Schüttelfrost auf. Fieber 40. In 2 Tagen Temperaturabfall.

Fall 35. 503/31. Abort febr. im Gang. mens. II-III. Aufnahme 15. 9. Letzte mens. 18. 6. nur schwache Blutung. Seit 1 Tag blutet Pat. ziemlich stark. Einweisung. Temp. rektal 38, Cervikalkanal für 2 Finger passierbar. Uterus entspricht einer Gravidität mens. III-IV. Auf Chininstoss prompte Entleerung des Uterus. Am nächsten Tag Temp. normal.

Fall 36. 504/31. Abort. febr. incip. mens. III-IV. Aufnahme 13. 8. Letzte mens. Anfang Juli. Blutet seit 2 Tagen in geringem Masse. Es besteht Anurie. Uterus entspricht einer Gravidität mens. III-IV retroflektiert, tief im Kleinbecken inkarzeriert, sodass die stark aufgelockerte Portio hinter der Symphyse steht. Aufrichtung in Narkose. In der Nacht geht ein 10 cm langer Foet ab. Temp. 38,5. Da am Morgen noch keine Plazenta ausgestossen ist, Chininstoss mit positivem Erfolg. Entfieberung.

Fall 37. 508/31. Abort febr. incompl. mens. III-IV. Aufnahme 14. 9. Letzte mens. Ende Juni. Pat. kollabiert in der Polyklinik, starker Gestank aus der Scheide. Nachdem sich Pat. erholt hat, am 15. Chininstoss ohne Erfolg. Pat. blutet mittelstark. Portio verstrichen, Os ext. für Finger durchgängig. Cervikalkanal entfaltet, Os int. verstrichen. Uterus klein faustgross, derb kontrahiert. Temp. 39. Am 16. nochmals Chininstoss, Plazenta wird ausgestossen, Fieber fällt ab. An nachfolgender Parametritis dextra, Abscess im rechten Parametrium und eitriger Peritonitis geht Pat. unter dem Zeichen der Kreislaufschwäche zugrunde.

Fall 38. 536/31. Abort febr. incompl. mens. III. Aufnahme 29. 9. Letzte mens. 10. Juni. Hat angeblich schon wiederholt zu Hause geblutet. Portio über fingergliedlang, etwas aufgelockert, Os ext. geschlossen. Uterus entspricht einer Gravidität mens. III-IV. Hegar 1 positiv, deutlicher Konsistenzwechsel. Geringer blutig schleimiger Ausfluss. Angeblich Rückenschmerzen. Subfrebile Temp. 3. 10. In der Nacht Ausstossung eines 10 cm langen Foeten, da Plazenta nicht folgt, Chininstoss. Wegen plötzlich sehr starker Blutung Ausräumung. Nach 2 Tagen völlig fieberfrei.

Fall 39. 553/31. Abort febr. incompl. mens. IV. Aufnahme 15. 10. Letzte mens. Mitte Juli. In der vorletzten Nacht ging plötzlich das Fruchtwasser ab. Danach Blutung. Am nächsten Tag geringe Blutung und Abgang des Foeten.

Einweisung. Temp. 36,6. Os ext. für 1 Finger durchgängig, desgleichen Os int. Uterus zeigt deutliche Kontraktionen auf kleinen Chininstoss (Schübel) leicht ziehende Schmerzen, die bald nachlassen. Man hat den Eindruck, dass durch Solvochin die bestehenden leichten Kontraktionen schwächer werden. Am 16. nochmals kleiner Chininstoss. Nur leichte Wehen. Plazenta wird trotz Temperaturerhöhung 38 manuell entfernt. Am nächsten Tage Entfieberung.

Fall 40. 651/31. Abort febr. incompl. mens. II-III Aufnahme 6. 11. Letzte mens. 28. 9. Am Abend des 4. 11. gelblicher Fluor, in welchem am 5. Blutspuren waren. Abends ziehende Leibschmerzen, plötzlich Schüttelfrost. Am nächsten Morgen Untersuchung durch den Arzt, wobei Frucht abgegangen sein soll. Stärkere Blutung, deshalb Einweisung. Portio stark verkürzt. Cervikalkanal für Finger eingängig. Temp. 39, Puls 108. Ordination: Chininstoss. Sehr kräftige ziehende Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Starke Blutung. Nach 6 Stunden Ausstossung der Plazenta. Temp. zur Norm abgefallen.

Fall 41. 617/31. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 29. 10. Letzte mens. 29. Juli. Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterleib. Erbrechen. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Cervikalkanal geschlossen, Hegar 1 positiv, deutlicher Konsistenzwechsel, linke Adnexe etwas verdickt, druckschmerzhaft. Linkes Ligamentum sacro-uterinum bleistiftdick, druckschmerzhaft, gestrafft. Linkes Beckenbindegewebe druckschmerzhaft. Temp. 38,5, Ordination: Argochrom. Am 31. 10. Auftreten leichter Wehen. Ordination: Pantopon wegen des Fiebers Caseosan. Am 5. kräftige Wehen, Temp. 37,4. Exploration: Füsse des Foeten im Muttermund sichtbar. Auf kleinen Chininstoss sofortige Ausstossung. Kein Fieber.

Fall 42. 622/31. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 12. 11. Letzte mens. 1. Juli. Seit gestern stark ziehende Schmerzen im Unterbauch und Rücken. Uterus gut taubeneigross, etwas weicher als normal. Aus dem Muttermund ragt ein taubeneigrosser, leicht zystischer Körper, offenbar der untere Eipol heraus. Cervikalkanal für Finger passierbar. Temp. 37,5. Kleiner Chininstoss. Kräftige Wehen, nach einer Stunde Ausstossung des gesamten Fruchtsacks. Kein Fieber.

Fall 43. 626/31. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 9. 11. Letzte mens. 16.-18. September. Während dieser Schwangerschaft viel Erbrechen. Mitte Oktober 2 Tage lang minimale Blutung. Am 5. 9. geringe Blutung, welche um 7. stärker wurde und trotz Bettruhe nicht sistierte. Auch Temperaturerhöhung. Am 7. ging ein 3 mal 4 cm langes Fleischstückchen ab, am 8. wurde die Blutung noch stärker, ebenso Fieber. Einweisung. Os. ext. für Fingerkuppe einlegbar. Uterus entspricht einer Grav. mens. II, ausgesprochen weich. Temp. 39,2, Puls 128. Mässig starke Blutung, kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Am 9. nochmals kleiner Chininstoss. Darauf ziehende Schmerzen im Unterleib und Kreuz bei stärkerer Blutung. Nach 4 Stunden Ausstossung der Plazenta. Am nächsten Tage fieberfrei.

Fall 44. 657/31. Abort febr. incompl. mens. II. Aufnahme 27. 11. Letzte mens. 18.-21. Sept. Am 23. 11. bei schwerer Hausarbeit einsetzende Kreuzschmerzen, am 24. schwache Blutung, die sich am 25. trotz Bettruhe verstärkte. Abgang eines 4 cm langen Foeten. Nach Abgang der Frucht sistierte Blutung und in der Nacht setzte dieselbe wieder ein. Am 26. 38,5 Temp. Starke Blutung. Arzt gab Pulver und Spritzen ohne Erfolg. Einweisung. Aus dem Muttermund ragt kleineigrosser Tumor, offenbar Plazenta heraus. Cervikalkanal für 2 Finger durchgängig. Uterus gänseeigross. Auf kleinen Chininstoss nur leichte Wehen bei mässiger Blutung. Am 28. Temp. normal, nochmals kleiner Chininstoss. Am Abend wird ohne besondere Wehentätigkeit die Plazenta ausgestossen. Geringe Blutung. Temp. normal.

Fall 45 697/31. Abort febr. incip. mens. IV-V. Aufnahme 27. 12. Letzte mens. Ende März. Vor 4 Wochen 2 Tage lang wehenartige Schmerzen, am 23. 12. nach schwerer Arbeit Beginn leichter Blutung, keine Schmerzen. Am 24. leichte Wehen und stärkere Blutung, Pat. blieb zu Bett, es trat Fieber auf (37,8) deshalb Einweisung. Portio verkürzt, aufgelockert, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Uterus kindskopfgross. Auf kleinen Chininstoss Ausstossung der Frucht ohne Plazenta. Da Pat. mittlerweile sehr viel Blut verloren hat, erfolgt Ausräumung. Wegen Nachblutung Uterustamponade. Am nächsten Tag Temp. normal.

Fall 46. 57/32. Abort febr. im Gang. mens. IV-V. Aufnahme 30. 1. Letzte mens. Oktober 31. Am 29. 1. plötzliche

Blutung, Arzt stellte Fehlgeburt fest und überwies Pat. Portio aufgebraucht, Os ext. markstückgross, Kanal entfaltet, Os int. verstrichen, Eiblase wölbt sich aus dem Muttermund vor, geringe foetide Blutung. Da alle 10 Minuten leichte Wehen bei geringer Blutung auftraten, kleiner Chininstoss. Temp. 37,2. Unter kräftigen Wehen Ausstossung eines 18 cm langen Foeten mit Plazenta. 2 Tage später Temp. 37,7. Caseosan. Nach 4 Tagen fieberfrei.

Fall 47. 60/32. Abort afebr. incompl mens II-III. Aufnahme 27. 2. Lag vom 4. 2.-16. 2. wegen Abort. imminens in hiesiger Klinik, wurde am 27. 2. wieder aufgenommen. Seit gestern starke Blutung, Uterus klein faustgross, Portio verkürzt, Cervikalkanal für einen Finger eingängig. Os int. geschlossen, da bereits vergeblich ein Aufhalten des Abortes versucht worden war, kleiner Chininstoss. Ab und zu leichtes Ziehen, keine eigentliche Wehentätigkeit, geringer Blutabgang. 1. 3. nochmals kleiner Chininstoss mit demselben Erfolg. Am 2. Ausräumung. Einlegen von Laminaria, Dilatation mit Hegar nur sehr schwierig, entfernt werden Plazentafetzen.

Fall 48. 62/32. Abort afebr. im Gang. mens. V. Aufnahme 27. 1. Letzte mens. 10. Sept. Seit Anfang Januar stärkere Unterleibschmerzen. Nachdem die Periode bis Ende November ausgeblieben war, setzte eine geringe Blutung ein, vom 5.—25. 12. sistierte die Blutung. Vorgestern Abend erneute Blutung, es soll ein grosser Gewebsfetzen mit dem Blut abgegangen sein. Vor 10 Tagen habe sie nachts Wasserabgang bemerkt, sodass der vorher gespannte Leib sich weich angefühlt habe. Der Arzt sprach dies als Fruchtwasserabgang an. Portio aufgelockert, Hegar 2 angedeutet, Os ext. für Fingerkuppe gut passierbar, Cervikalkanal geschlossen, Uterus N/1 von auffallend prallelastischer Konsistenz, vorn glaubt man eine festere Partie heraustasten zu können. Pat. klagt über geringe ziehende Leibschmerzen. Diagnose: Abort imminens. Ordination Tinctura Opii, extractum viburnii. prunif. Am 30. Portio $^1/_2$ cm lang, Muttermund für 2 Finger durchgängig, in dem Cervikalkanal kleiner Teil zu tasten, Blase fehlt. Da Abort im Gang, kleiner Chininstoss. Um 14 Uhr. Ohne Erfolg. Um 20 Uhr stärkere Wehentätigkeit. Um 21 Uhr Spontanausstossung eines 28 cm langen Foeten, $^1/_2$ Stunde später Plazenta. Am 5. 2. Da bis heute geringe

Blutung bestand, Exploration: Man fühlt im Cervikalkanal ein Plazentapolypen. Abrasio ergibt Plazentafetzen.

Fall 49. 83/32. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 25. 2. Letzte mens. Mitte Oktober. Vielmorgendlichen Brechreiz, nur wenig Erbrechen. Am 19. ist plötzlich die Blase gesprungen. Abgang von viel klarem Fruchtwasser. Seit 22. Ziehen im Leib, seit gestern Fieber 38,3 und stärkere wehenartige Schmerzen. Im Laufe der letzten Nacht heftige Leibschmerzen, die alle 5 – 10 Min. auftraten. Es ergibt sich der Verdacht eines provozierten Abortes, deshalb kleiner Chininstoss. Nach 5 Stunden bei mittlerer Wehentätigkeit wird macerierte Hand in der Vulva sichtbar. Extraktion mittels Kornzange. Mit Rücksicht auf die Temperatursteigerung soll auch Plazenta möglichst schnell ausgestossen werden, deshalb Orastin und Credé in Narkose. Nach 4 Tagen fieberfrei.

Fall 50. 89/32. Abort afebr. incip. mens. IV. Aufnahme 16. 2. Letzte mens. 7.-14. Oktober. Ende Januar nach schwerer Arbeit beginnt leichte Blutung, die bis heute anhielt und in den letzten Tagen stärker wurde. Abgang einer Frucht nicht bemerkt. Pat. hat weitergearbeitet. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Hegar 1 positiv. Deutlicher Konsistenzwechsel. Diagnose: Abort. imminens. Ordination: Tinctura opii, Extractum vib. prunif. Am 19. 2. keine Blutung mehr. Am 23. erneut Blutung, Befund unverändert. Temp. 37,3. Ordination dieselbe. 29. 2. Pat. hat bis heute weiter geblutet, deshalb kleiner Chininstoss, es treten mittelkräftige Wehen bei stärkerer Blutung auf. Exploration: Foet liegt im Cervikalkanal. Wird ausgeräumt. Fieberfrei.

Fall 51. 104/32. Abort afebr. incompl. mens. III. Aufnahme 7. 3. Letzte mens. Mitte Nov. Hatte viel Brechreiz, blutet seit 14 Tagen in wechselnder Stärke. Arzt stellte Fehlgeburt fest und wies Pat. ein. Portio halbfingergliedlang, Muttermund geschlossen, Uterus gänseeigross. Z. Zt. gut kontrahiert. Linke Adnexe verdickt, druckschmerzhaft, Diagnose: Abort im Gang, Adnexitis sinistra. Ordination: kleiner Chininstoss. Darauf ziehende Schmerzen. Exploration: Portio völlig aufgebraucht, Uterus und Cervikalkanal bilden einen prallelastischen Körper, linke Adnexe druckschmerzhaft. Am 8. stärkere Blutung. Wiederholung des Chininstosses,

keinerlei Wehentätigkeit, dauernde geringe Blutung, deshalb Laminariaeinlage. Nach Dilatation bis Hegar 6, die sich sehr schwierig gestaltete. Zur Anregung der Wehen am 9. nochmals Chininstoss, worauf Kreuzschmerzen krampfartigen Charakters auftraten. Nach Entfernung der Stifte kann nur bis Hegar 11 dilatiert werden. Ausräumung ergibt Plazentareste.

Fall 52. 105/32. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 4. 3. Letzte mens. 26.–31. 1. Pat. blutet seitdem in wechselnder Stärke, seit 2 Tagen krampfartige Schmerzen im Unterleib. Portio aufgebraucht, Cervikalkanal ballonartig aufgetrieben, darin liegt Plazenta, Uterus etwa enteneigross, kugelig, fest kontrahiert. Temp. 37,4. Kleiner Chininstoss. Einsetzen von wehenartigen Schmerzen, geringer Blutabgang. Exploration: Muttermund für einen Finger durchgängig. Da stärkerer Blutabgang einsetzt, Ausräumung. Dillatation bis Hegar 17, wobei sich Schwierigkeiten am Os ext. zeigen. Entfernt wird Plazenta. Entfieberung.

Fall 53. 124/32. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 12. 3. Letzte mens. 2. 12. 31. Gestern Abend Schüttetfrost, danach Einsetzen einer Blutung. Heute noch 3 mal Schüttelfrost, geringer Blutabgang. Portio stark verkürzt, Cervikalkanal für 1 Finger passierbar. Uterus entspricht einer Grav. mens. III-IV. Temp. 39,8. Auf kleinen Chininstoss regelmässige Wehen. Nach 1 Stunde wird Foet und Plazenta ausgestossen. Argochrom: Eisblase. Am nächsten Tage fieberfrei.

Fall 54. 170/32. Abort febr. incompl. mens. III. Aufnahme 4. 4. Letzte mens. 29.–31. 1. schwächer als sonst. Ende Januar starker Blasenkatarrh. Danach Gebärmutterentzündung. Seit Mitte März stark gelblicher Ausfluss. Gestern plötzlich Fieber 39,9 und starke Blutung. Schmerzen im Rücken und Leib, Portio aufgelockert, für einen Finger passierbar. Os int. für Fingerkuppe einlegbar. Hegar 1 positiv. Uterus zeigt Konsistenzwechsel. Bewegung schmerzhaft. Linke Adnexe etwas verdickt, druckschmerzhaft. Beckenbindegewebe sehr druckschmerzhaft ohne grössere Veränderung. Diagnose: Abort incompl., kleiner Chininstoss, darauf ziemlich gute Wehen, mässige Blutung, keine Ausstossung von Abortresten. Am 5. erneut kleiner Chininstoss, keine Wehen, Temp. normal. Am 12. Exploration: Uterus klein, zeigt ganz geringen Kon-

sistenzwechsel, Portio derb. Heutige Abrasio ergibt Plazentafetzen.

Fall 55. 207/32. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 16. 4. Letzte mens. Ende Januar. Am 14. 4. traten bei Pat. wehenartige Schmerzen auf. Es soll Wasser abgegangen sein. Am 15. zeitweise wehenartige Schmerzen. Heute plötzlich Schüttelfrost. Arzt machte Injektion und wies Pat. ein. Erst auf dem Transport trat leichte Blutung auf. Crimen negatur, Pat. macht septischen Eindruck. Portio aufgebraucht. Os ext. für 1 Finger knapp eingängig. Cervikalkanal und Os int. verstrichen. Uterus mannsfaustgross. Ordination: kleiner Chininstoss. Nach einer Pause krampfartige Schmerzen, die nach 4 Stunden wieder nachlassen, keine stärkere Blutung. Am 17. Befinden gebessert. Temp. 36,9, Puls 92, erneut Chininstoss, es erfolgt Ausstossung eines 12 cm langen macerierten Foeten. Keine Blutung. Nach 5 Stunden auf mehrere Pituglandolgaben erst Ausstossen der foetiden Plazenta. Kein Fieber.

Fall 56. 230/32. Abort febr. im Gang. mens. IV-V. Aufnahme 3. 4. Letzte mens. Weihnachten 31. Vor 4 Stunden plötzlich Fieber 40,2 und Blutung. Portio 1 cm lang, Cervikalkanal für Finger passierbar. Os int. für Fingerkuppe einlegbar. Linke Uteruskante druckschmerzhaft. Chininstoss ohne Erfolg. Am 4. Wiederholung des kleinen Chininstosses, nach der 1. Spritze gute Wehen, nach der 4. Pituglandolinjektion wird Foet ausgestossen. Plazenta folgt spontan, keine Blutung. Völlige Entfieberung erst nach 16 Tagen.

Fall 57. 288/32. Abort febr. incompl. mens III. Aufnahme 2. 6. Letzte mens. 14.-18. 3. Da das 2. Kind der Frau an Krämpfen leidet, wollte sie keins mehr haben, deshalb führte sie am 31. 5. eine 20 cm lange, gerade, ausgeglühte Haarnadel in die Scheide ein, seither dauernd Abgang von etwas Blut und grössere Mengen wässriger Flüssigkeit. Heute früh Fieber 38,5 und Frösteln. Schmerzen in beiden Unterbauchseiten. Eitriger Ausfluss. Einweisung. Aus dem Os ext. schmierig gelblicher Ausfluss. Muttermund geschlossen, Uterus hochgradig druckschmerzhaft, weich, zeigt Konsistenzwechsel. Hegar 1 positiv, Gegend der linken Adnexe unbestimmt verdickt, sehr druckschmerzhaft. Ordination: Fowler'sche Lage, Argochrom. Am 5. Temp. 38., leichte

wehenartige Schmerzen im Unterleib, da Abort nicht aufzuhalten, kleiner Chininstoss. Nur leichte Wehentätigkeit. Plötzlich starke Blutung, deshalb Ausräumung. Muttermund für einen Finger bequem passierbar. Digitale Lösung der Plazenta. Nachkürettieren. Am nächsten Tag fieberfrei.

Fall 58. 328/32. Abort febr. im Gang, mens. II-III. Aufnahme 9. 7. Letzte mens. Anfang Mai. Am 5. leichte Blutung mit Schmerzen im Unterleib, die sich dann wieder beruhigten. Am 7. erneut Schmerzen. Ehemann (Arzt) untersucht und stellte gestörte Schwangerschaft fest, ordnet Bettruhe an. Am 9. ziehende Schmerzen im Rücken und Unterleib, Schüttelfrost, Temp. 39. Einweisung. Portio $^1/_2$ fingergliedlang, Os ext. für Finger durchgängig. Cervikalkanal für Fingerkuppe einlegbar. Os int. verstrichen. Blase steht, wölbt sich bei Wehe vor. Diagnose: In die Zervix geborene Abort, auf kleinen Chininstoss keine richtigen Wehen, deshalb abends nochmals Pituglandol, darauf starke Wehen, die jedoch bald sisitieren. Am Morgen beim Wasserlassen entleert sich der stark foetide Fruchtsack. Temperaturabfall.

Fall 59. Abort afebr. incompl. mens. III. Aufnahme 20. 6. Letzte mens. 9.-13. 3. Wird eingewiesen, da angeblich Foet ausgestossen wurde. Cervikalkanal für Finger eingängig. Os int. geschlossen. Uterus knapp faustgross, schlaff, zur Zeit keine Blutung, Milchsäurespülungen. Am 21. Temp. normal, keine Blutung, Ordination kleiner Chininstoss, darauf ziehende Schmerzen, keine Blutung. Am 23. erneut Chininstoss ohne Erfolg. Am 24. Ausräumung nach Dilatation bis Hegar 16 ohne grösseren Widerstand. Entfernung der Plazenta.

Fall 60. 354/32. Abort incompl. mens. III-IV. Aufnahme 12. 7. Letzte mens. 25. 4. Gestern mittag plötzlich geringer Blutabgang, heute nacht wehenartige Schmerzen, Einweisung wegen Abort. imminens. Temperatur 37,9. Portio stark verkürzt, weich, Cervikalkanal für Finger bequem passierbar. Uterus mannsfaustgross. Ordination: kleiner Chininstoss. Zeitweise ziehende Schmerzen. Ausstossung der Plazenta. Da diese unvollkommen, Abrasio nach Dilatation ohne Schwierigkeiten. Nach 3 Tagen völlig fieberfrei.

Fall 61. 396/32. Abort febr. incompl. mens. III-IV. Aufnahme 30. 8. Letzte mens. 15. 5. Pat. lag vom 17.-19. 8.

wegen Abort. imminens in hiesiger Klinik. Am 30. setzte ziemlich starke Blutung ein, Schüttelfrost, Temp. 38,5, Portio aufgebraucht, Cervikalkanal fast für 1 Finger passierbar. Uterus kindskopfgross, 2 mal kleiner Chininstoss, ohne Erfolg. Später Abrasio: Plazentafetzen. Am Tag nach Chininstoss fieberfrei.

Fall 62. 397/32. Abort febr. incompl. mens. II. Aufnahme 28. 8. Letzte mens. 15. Juli. Vor 8 Tagen geringe Blutung, die sich gestern wieder sehr stark einstellte. Portio nicht verkürzt, Cervikalkanal geschlossen. Uterus knapp faustgross. Temp. 37,6. Diagnose Abort incompl.: kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Spätere Abrasio ergibt Plazentafetzen. Nach dem Chininstoss Temp. normal.

Fall 63. 398/32. Abort febr. incip. mens. II-III. Aufnahme 1. 9. Letzte mens. 24. Juli. Ziehende Schmerzen im Rücken und Unterbauch, die nach den Beinen ausstrahlen. Portio aufgelockert, Cervikalkanal geschlossen. Uterus gänseeigross. Temp. 39,2. Diagnose: Abort febr. im Gang. Auf kleinen Chininstoss verstärken sich die vorher schon vorhandenen leichten Kontraktionen. Nach 3 Stunden Ausstossung des Eies. Am nächsten Tage Entfieberung.

Fall 64. 413/32. Abort febr im Gang. mens. V. Aufnahme 3. 8. Letzte mens. 29. 3. Von Mitte April ab dauernd Schmerzen im linken Unterbauch. Ende April leichte Blutung, 3 Tage lang. Ende Mai leichte Blutung mit wehenartigen Schmerzen, die auf Bettruhe sistierte. Ende Juni wieder leichtes Ziehen im Leib, am 1. 8. ging zuerst blutiges Fruchtwasser, weiterhin klares ab. Einweisung. Portio $^1/_2$ fingergliedlang, Cervikalkanal für 1 Finger durchgängig. Im Muttermund ist ein kleiner Teil zu fühlen, offenbar der Ellenbogen. Auf kleinen Chininstoss keine eigentliche Wehentätigkeit. Am 4. grosser Chininstoss ohne Erfolg. Am 5. keine Wehen. Temperatur-Anstieg bis 38,5, Puls 90, mittags leichte Wehen. Auf Thymophysin und Pituglandol leichte Wehen. Abends hören Wehen auf, Pat. schläft. Am 6. nochmals kleiner Chininstoss. Mittelkräftige Wehen lassen gegen Abend nach, auf Pituchinol kommen Wehen wieder in Gang. Nach 4 Stunden Ausstossung der Frucht. Da nach 3 Stunden Plazenta nicht erscheint, nochmals kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Lösung der Plazenta in Narkose, sitzt sehr fest. Am nächsten Tag Temp. normal.

Fall 65. 414/32. Abort febr. incip. mens. III. Aufnahme 6. 8. Letzte mens. 20. 2. Vom 18.-22. 5. blutiger Ausfluss. Polyklinische Untersuchung. Uterus faustgross, auffallend weich, zeigt Konsistenzwechsel, Hegar positiv. Muttermund geschlossen. Behandlung als Abort. imminens. Doch plötzlich starke Blutung mit Abgang eines Gewebsfetzens, da Pat. weiter blutet, Einweisung. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Temperaturerhöhung bis 37,5, Chininstoss ohne Erfolg. Am 9. 8. starke Blutung, deshalb nach Dilatation bis Hegar 16, die ohne Schwierigkeiten gelingt, Ausräumung: Nekrotisches Ei. Temp. am nächsten Tage normal.

Fall 66. 416/32. Abort febr. incompl. mens II-III. Aufnahme 20. 7. Letzte mens. vor 9 Wochen. Vor 2 Tagen Beginn einer Blutung, die heute an Stärke beträchtlich zunahm und mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib einherging. Abgang eines grossen Blutklumpens wurde bemerkt. Portio verkürzt, aufgelockert, Cervikalkanal für einen Finger passierbar. Temp. 37,6. Diagnose: Abort incompl. febr. Kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Am 21. nochmals Chininstoss, ab und zu leichtes Ziehen. Am 22. morgens Abgang einer walnussgrossen Plazenta. Wegen bestehenden gelblichbräunlich blutigen Ausflusses später Abrasio, ergibt Plazentafetzen. 4 Tage nach dem 2. Chininstoss Entfieberung. Dilatation wegen beiderseitigem Emetriss überflüssig.

Fall 67. 419/32. Abort febr. im Gang. mens. III. Aufnahme 13. 8. Letzte mens. 15. Mai. Gestern Abgang von Blut und Wasser, heute stärkere Blutung. Abgang eines grösseren Blutklumpens. Portio fingergliedlang, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar, Cervikalkanal in beginnender Entfaltung. Os int. desgleichen. Uterus gut faustgross. Temp. 37,8. Wegen Abort febr. im Gang kleiner Chininstoss, Ausstossung der Frucht ohne Plazenta. Da stark blutet, Ausräumung. Dilatation bis Hegar 22 ohne Schwierigkeiten. Nach 3 Tagen fieberfrei.

Fall 68. 432/32. Abort febr. im Gang mens. III-IV. Aufnahme 12. 9. Letzte mens. Ende Mai. Wird wegen Blutung in der Schwangerschaft eingewiesen. Heute Nacht starke Blutung. Temp. rektal 37,8. Portio deutlich verkürzt. Os int. für Fingerkuppe einlegbar. Wegen Abort im Gang Chininstoss. Unter kräftigen Wehen Ausstossung des Foeten und der Plazenta. Entfieberung am nächsten Tag.

Fall 69. 441/32. Abort febr. im Gang. mens. IV-V. Aufnahme 12. 9. Letzte mens. 23. 5. Seit 12. 9. starke Blutung, Portio verkürzt. Os ext. für einen Finger passierbar, Cervikalkanal geschlossen, Temp. 38,7. 3 Stunden nach Beginn des kleinen Chininstosses wird Ei und Plazenta ausgestossen. Nach 2 Tagen entfiebert.

Fall 70. 475/32. Abort afebr. incip. mens. IV-V. Aufnahme 28. 9. Letzte mens. 23. 5. Erstes Vierteljahr beschwerdefrei, dann Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Einsetzen einer Blutung, die zuweilen 1-2 Tage sistierte. Seit 14 Tagen dauernd starke Blutung. Portio aufgebraucht. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Cervikalkanal geschlossen. Wegen Abort. imminens Opium. Am 6., da bis heute dauernde Schmerzen im Kreuz und die Blutungen weiter bestehen, kleiner Chininstoss. Nur leichte Wehentätigkeit. Exploration: Cervikalkanal für einen Finger bequem passierbar. Zur Wehenanregung Zervixtamponade, jedoch nur leichte Wehen. Am 7. grosser Chininstoss, Ausstossung der Frucht und Plazenta unter kräftigen Wehen nach 4 Stunden.

Fall 71. 503/32. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 19. 10. Letzte mens. 24. 8. Seit 27. Sept. blutet Pat. dauernd. Nachdem sie heute Nacht Schmerzen im Unterleib hatte, Einweisung. Temp. 38,2. Portio fingergliedlang. Os ext. geschlossen. Uterus zeigt Konsistenzwechsel und supracervikale Erweichung. Wegen Abort. imminens Opium. Am 26., da bis heute trotz allem blutet und auch Schmerzen bestehen, grosser Chininstoss. Regelmässige Wehentätigkeit. Am 27. Abgang eines grossen Plazentastückes. Nach 2 Tagen fieberfrei.

Fall 72. 557/32. Abort febr. im Gang. mens. III-IV. Aufnahme 3. 11. Letzte mens. 1. 9. Seit einigen Tagen geringe Blutung, mehr blutiger Ausfluss. Fieber 38,2, Portio formiert, livide verfärbt, Muttermund geschlossen. Uterus zeigt Konsistenzwechsel, Hegar 1 positiv. In der Nacht wird Foet ausgestossen. Danach grosser Chininstoss ohne Erfolg. Am 5. nochmals Chininstoss ohne Erfolg. Am 7. heute fieberfrei, Wohlbefinden. Am 10. Orastin i. v., darauf leichte Wehen ohne Abgang der Plazenta. Am 11. Exploration: Portio verkürzt, Muttermund geschlossen, spätere Abrasio nach Dilatation bis Hegar 20 ohne Schwierigkeiten zeigt,

dass Plazenta sehr fest sitzt und sich digital nicht lösen lässt. Nach Ausräumung Temp. 39,8, nach 2 Tagen fieberfrei.

Fall 73. 603/32. Abort febr. im Gang mens. V.-VI. Aufnahme 24. 12. Letzte mens. 22. 9. Gestern soll Pat. gefallen sein, im Anschluss daran ziehende Schmerzen im Unterleib, seit heute früh Blutung. Portio knapp fingergliedlang, Muttermund geschlossen. Temp. 38, da Wehen bestehen zur Verstärkung Pituglandol, lassen jedoch nach, Patientin schläft. Am 25. Temperaturabfall, Muttermund geschlossen, keine Wehen, Tinctura opii, am 28. wiederum Temperaturanstieg, auf grossen Chininstoss bei regelmässiger Wehentätigkeit Spontanausstossung der Frucht. Am nächsten Tag Entfieberung.

Fall 74. 168/33. Abort febr. im Gang. mens. II-III. Aufnahme 24. 3. Letzte mens. 9. 1. Seit Ende Februar dauernd meist leichte Blutung mit kurzen Unterbrechungen bis heute anhaltend, vor 14 Tagen verstärkte sich die Blutung unter wehenartigen Schmerzen. Kein Fruchtabgang. Heute früh plötzlich Schüttelfrost. Temp. 38,8. Schon gestern leichtes Frösteln. Hat seit 4 Wochen angeblich auf Anraten des Arztes heisse Scheidenspülungen gemacht. Portio etwas verkürzt, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar, Uterus knapp faustgross, stark aufgelockert, zeigt Konsistenzwechsel und supracervikale Erweiterung. Adnexe druckschmerzhaft. Auf grossen Chininstoss nach 3 Stunden Ausstossung der Frucht. Am nächsten Tag fieberfrei.

Fall 75. 221/33. Abort afebr. incip. mens. IV-V. Aufnahme 23. 3. Letzte mens. 18.-23. 2. Blutet seit einigen Tagen leicht. Schmerzen im linken Unterbauch. A. Z. positiv. Am 31. 3. Pat. äussert leichte ziehende Schmerzen im Unterbauch. Am 1. 4. etwas stärker. Am 2. 4. mittelstarke Blutung. Am 3. Einsetzen von Wehen. Verlegung auf den Kreissaal. Uterus N/2 weich, kein Konsistenzwechsel. Wehen hören auf, deshalb am 4. Zurückverlegen auf konservative Station, nur geringe Blutung. Keine Herztöne, Verdacht auf Blasenmole. Am 26. erneut Wehen und Blutung. Auf kleinen Chininstoss mittelstarke Wehen. Am 27. grosser Chininstoss, nur geringe Wehen. Am 29. Spontanausstossung des Eies.

Fall 76. 282/33. Abort afebr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 30. 5. Letzte mens. 27. 3., blutet dauernd, manch-

mal mit eintägiger Unterbrechung, seit 10. 5. Portio stark verkürzt, Os ext. für Fingerkuppe einlegbar. Cervikalkanal geschlossen. Wegen Abort. imminens Opium. Nachträglich gibt Pat. an, dass ein hühnereigrosses Gewebsstück abgegangen sei. Chininstoss ohne Erfolg. Ausräumung nach Dilatation des Hegar 16 ohne Schwierigkeiten, ergibt Decidua.

Fall 77. 354/33. Abort febr. incompl. mens. III-IV. Aufnahme 7. 7. Letzte mens. Anfang April. Von Anfang an Rücken- und Unterleibscherzen. Von Mitte Mai ab in 2-3 tägigen Abständen ganz geringe Blutung. Vor 3 Tagen stärkerer Blutabgang, der bald wieder stillstand. Heute abend plötzlich wehenartige Schmerzen. Blutung und Abgang einer Frucht. Da Plazenta fehlt, weist der Arzt ein. Temp. 38. Cervikalkanal für Finger passierbar. Uterus faustgross, weich. Auf grossen Chininstoss wehenartige Schmerzen und starke Blutung, deshalb Ausräumung. Cervikalkanal für 2 Finger durchgängig. Plazenta wird entfernt.

Fall 78. 477/33. Abort febr. im Gang mens. II-III. Aufnahme 26. 9. Letzte mens. Anfang August. Vor 5 Tagen plötzlich Übelkeit, Frostgefühl und Kopfschmerzen. Legt sich zu Bett. Am 25. Schmerzen im Rücken und Unterbauch. Temperaturerhöhung, seit 3 Tagen hellrote Blutung. Portio verkürzt. Os ext. markstückgross, 2 Stunden nach Einleitung des grossen Chininstosses Ausstossung der Plazenta. Nach 12 Stunden ohne wesentliche Blutung folgt das Ei.

Fall 79. 591/33. Abort febr. im Gang. mens. III. Aufnahme 4. 12. Letzte mens. vor 8 Wochen. Seit 4 Tagen geringe Blutung, heute stärkere Blutung und Abgang von Gewebsfetzen. Temp. 37,8. Muttermund 5markstückgross, dahinter Fruchtsack. Auf grossen Chininstoss geringe Blutung, keine Wehen. Am nächsten Tag Ausstossung des Fruchtsacks in toto und Entfieberung.

Fall 80. 624/33. Abort afebr. im Gang mens. II-III. Aufnahme 11. 12. Letzte mens. 7. 10. Blutet seit gestern abend mässig, seit heute mittag stark, Einweisung. Portio erhalten. Cervikalkanal geschlossen, Uterus gut gänseeigross, wegen Abort incompl. grosser Chininstoss ohne Erfolg. Dilatation bis Hegar 16 ohne Schwierigkeiten. Küretage ergibt Abortreste.

Fall 81. 76/34. Abort incip. mens. III-IV. Aufnahme 8. 2. Letzte mens. 20-25. 11. Am 1. 2. ist Patientin beim Skilaufen heftig auf das Gesäss gefallen. Am 5. trat Blutung ein bezw. mehr bräunlicher Ausfluss. Am 6. weitere Blutung. Pat. mass ihr keine Bedeutung bei; weil heute die Blutung stärker, kommt Pat. zur Aufnahme. Temp. normal. Portio fingergliedlang. Muttermund geschlossen. Wegen Abort. imminens Opium. Am 12. trotz Opium bis heute Blutung, deshalb grosser Chininstoss. Unter guter Wehentätigkeit nach 2 Stunden Ausstossung des Eies im Amnion-Chorionsack. Die Decidua fehlt, es blutet weiter, deshalb Abrasio.

Fall 82. 142/34. Abort febr. im Gang mens. III. Aufnahme 2. 3. Letzte mens. 20. 12. Seit einigen Wochen Blutung. Erhielt ausserhalb Opium mit Erfolg. Letzten Montag erneut Blutung, deshalb Einweisung. Portio knapp fingergliedlang, aufgelockert, Muttermund geschlossen, Uterus faustgross, zeigt Konsistenzwechsel und supracervikale Auflockerung, wegen Abort. imminens Opium. Temp. leicht erhöht. Am 7. Einsetzen von wehenartigen Schmerzen und stärkerer Blutung. Portio aufgebraucht, Os ext. geschlossen, Uterus in Dauerkontraktion, grosser Chininstoss. Es erfolgt Ausstossung der Frucht ohne Plazenta. Abrasio ergibt infiltrierte Decidua.

Fall 83. 143/34. Abort febr. incompl. mens. IV-V. Aufnahme 27. 2. Letzte mens. 1-6. 10. Seit heute deutlich Wehen. Einweisung durch Hausarzt. Es begann langsam zu bluten. Schüttelfrost. Temp. 38,8. Ursache: Hat sich angeblich verhoben. Temp. 38,2. Portio aufgebraucht, Muttermund kleinhandtellergross. Blase wölbt sich in den Introitus vor, springt bei Exploration. In der Scheide liegt die Frucht, auf kleinen Chininstoss geringe Wehen. Am 28. Temp. normal. Am 29. auf kleinen Chininstoss unter kräftigen Wehen Ausstossung der Plazenta. Nach 2 Tagen fieberfrei.

Fall 84. 166/34. Abort afebr. im Gang mens. IV-V. Aufnahme 10. 4. Letzte mens. 13. 10. Lag vom 5. 3.-15. 3. wegen Abort. imminens in hiesiger Klinik, blutet seit der Entlassung wieder. Uterus weich, zeigt Konsistenzwechsel, auf grossen Chininstoss wird unter kräftigen Wehen Foet mit Plazenta ausgestossen. Es blutet jedoch weiter, deshalb am 17. Abrasio, ergibt Plazentareste.

Fall 85. 304/34. Abort febr. im Gang mens II-III. Aufnahme 9. 5. Letzte mens. Ende Februar. Seit 7. 5. 34 nach schwerem Heben zeitweise auftretende Schmerzen im Leib, heute morgen stärkere Blutung. Muttermund geschlossen. Uterus klein faustgross, aufgelockert, zeigt Konsistenzwechsel. Temp. 38,3. Diagnose: Abort. imminens, deshalb Opium, doch weiterhin ziehende Schmerzen. Temp. bis 38,3 angestiegen. Portio aufgebraucht, Muttermund markstückgross, jetzt grosser Chininstoss. Darauf kräftige Wehen. Nur geringe Blutung. Zwischendurch wird nochmals 0,5 Chinin i. m. gespritzt, worauf wieder kräftige Wehen eintreten. Es erfolgt Ausstossung der Frucht. Da Plazenta nach 5 Stunden nicht folgt und es stark blutet, erfolgt Ausräumung ohne vorherige Dilatation. Am nächsten Tag fieberfrei.

Fall 86. 361/34. Abort afebr. incompl. mens. III. Aufnahme 5. 6. Letzte mens. 6.-13. April. Seit Mitte Mai dauernd geringe Blutung, Portio aufgelockert. Muttermund geschlossen, Uterus aufgelockert und vergrössert, wegen Abort. imminens Opium. Am 16. Pat. hat bis heute trotz Opium weitergeblutet, deshalb grosser Chininstoss ohne Erfolg. Am 18. Es setzt starke Blutung ein, deshalb Ausräumung. Muttermund für einen Finger bequem passierbar. Digitale Lösung der Plazenta.

Fall 87. 432/34. Abort febr. im Gang mens. II-III. Aufnahme 26. 6. Letzte mens. 4.-6. 4. Am 10. 5. setzt geringe Blutung ein, spärlich, jedoch ununterbrochen, keine Schmerzen, seit gestern ziehende Schmerzen, Fieber 39,2 und Schüttelfrost, grosser Chininstoss, geringe Blutung, kein Ausstossen eines Fruchtteiles, auf nochmalige Pituglandolgabe wehenartige Schmerzen. Mittags Einstellen im Spiegel. Im Cervikalkanal liegt eine 4 cm lange Frucht, die mit der Kornzange entfernt wird. Ebenso die stark zerfetzte Plazenta. Am 2. Tag fieberfrei.

Fall 88. 433/34. Abort febr. incompl. mens. II. Aufnahme 1. 7. Letzte mens. 21.-25. 4. Seit 14 Tagen geringe Blutung. Arzt stellt Abort. imminens fest und gibt Opium. Als jedoch stärkere Blutung einsetzt, Chinin und Pituitrin. Darauf Ausstossen der Plazenta. Wegen Fieber (38,3) und weiterer Blutung Einweisung. Grosser Chininstoss ohne Erfolg, entfiebert. 5. Bis heute leichte Blutung. Exploration:

Plazentafetzen werden aus dem Cervikalkanal entfernt bei Fieberfreiheit.

Fall 89. 449/34. Abort febr. im Gang mens. V. Aufnahme 25. 7. Letzte mens. 17. 4. Von der Med. Klinik wegen blutig schleimigen Fluors und hohen Fiebers (39,5) verlegt. Muttermund für einen Finger durchgängig, grosser Chininstoss. Ausstossung eines 24 cm langen Foeten mit Plazenta unter kräftigen Wehen. Nach 4 Tagen fieberfrei.

Fall 90. 491/34. Abort febr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 21. 7. Letzte mens. 1. 6. Zur Beobachtung auf Gravidität. Da Pat. angibt, zur Zeit der Periode jedesmal allerdings schwache Blutung gehabt zu haben. A. Z. positiver Ausfall. Tentamen wird energisch bestritten. Wenige Stunden nach der Aufnahme geringe, aber stetige Blutung, Opium, Muttermund geschlossen. Uterus faustgross, weich, zeigt Konsistenzwechsel. Hegar 1 positiv, in der Nacht Abgang eines Foeten. Auf grossen Chininstoss wird ein Blutcoagulum mit Eihautfetzen ausgestossen. Am 23. Abgang von Plazentafetzen. Entfieberung.

Fall 91. 584/34. Abort febr. im Gang mens. III. Aufnahme 7. 9. Letzte mens. 17. 6. Lag vom 1.-15. 8. wegen drohenden Abortes in hiesiger Klinik. Heute mittag trat plötzlich starke Blutung mit Rückenschmerzen auf. Schon seit 8 Tagen bestand starker blutiger Ausfluss mit wehenartigen Schmerzen. Heute Temperaturerhöhung. Muttermund geschlossen. Uterus aufgelockert, zeigt Konsistenzwechsel. Pat. wird beobachtet. Am 8. wehenartige Schmerzen im Rücken und Bauch. Zervix deutlich verkürzt, Uterus in Kontraktion, Muttermund geschlossen, Temp. 37,6, Chininstoss ohne Erfolg. Am 9. Heute Nacht starke Wehen, deshalb nochmals kleiner Chininstoss, darauf Ausstossung des Foeten unter kräftiger Wehentätigkeit. 10. Da Plazenta noch fehlt, nochmals Chininstoss. Bei der Exploration zeigt sich, dass Plazenta gelöst im Cervikalkanal liegt. Fieberfrei.

Fall 92. 654/34. Abort afebr. incompl. mens. II. Aufnahme 20. 10. Letzte mens. 1. 8. Am 18. mässig starke Blutung, am 20. wird Arzt konsultiert, der Pat. einwies. Muttermund geschlossen, Uterus weich, zeigt Konsistenzwechsel, trotz starker Blutung Chininstoss, ohne Erfolg. Am 1. 11. nach Dilatation bis Hegar 18 ohne Schwierigkeiten, Ausräumung von Plazentafetzen.

Fall 93. 655/34. Abort afebr. incompl. mens. IV-V. Aufnahme 20. 10. Letzte mens. Ende Juli. Vor 2 Tagen bemerkte Pat., dass Blut abging. Portio halb fingergliedlang, Muttermund geschlossen, Uterus zeigt kräftige Wehen. Die Blase sei vor 1½ Stunden gesprungen, da Wehen nachlassen, kleiner Chininstoss. Es erfolgen nur leichte Kontraktionen. Portio halb fingergliedlang, in dem Muttermund liegt Plazenta. Am 22. nochmals grosser Chininstoss ohne Erfolg. Am 23 erfolgt Ausräumung nach Dilatation bis Hegar 22 ohne Schwierigkeiten, Plazentareste.

Fall 94. 659/34. Abort febr. incompl. mens. III. Aufnahme 27. 10. Letzte mens. 13. 8. Am 13. d. Mts. starke Blutung, vom 23. auf 24. heftige Wehen bei starker Blutung. Es sollen Eihautfetzen abgegangen sein, Einweisung. Temp. 37,8. Portio knapp fingergliedlang. Os ext. für Fingerkuppe einlegbar, grosser Chininstoss ohne Erfolg. Am 30. nochmals kleiner Chininstoss ohne Erfolg. Es erfolgt Ausräumung von Plazentaresten bei Fieberfreiheit.

Fall 95. 666/34. Abort febr. im Gang mens. II. Aufnahme 5. 11. Letzte mens. 5. 10. Am 27. 10. Kreuz- und Leibschmerzen, verschieden starke Blutung bis heute. Wassermann positiv. Temp. 37,9. Portio verkürzt, Muttermund geöffnet. Uterus knapp hühnereigross, kleiner Chininstoss, nur schwache Wehen. Am nächsten Tag wird unter mittelkräftigen Wehen die Frucht ausgestossen. Am nächsten Tage fieberfrei.

Fall 96. 735/34. Abort febr. im Gang. mens. IV. Aufnahme 13. 12. Letzte mens. 29. Sept. Vor 8 Tagen ausgerutscht und auf Steinpflaster gefallen. Nach dem Fall konnte sie ihrer Arbeit nicht nachgehen. Nach 6 Tagen plötzlich starke Blutung, die bis heute anhält und besonders nachts stark auftrat. Temperatur 38,2. Stücke sollen abgegangen sein. Portio fast völlig aufgebraucht. Muttermund geschlossen. Uterus hühnereigross aufgelockert. Zervix aufgetrieben. Es bestehen mittlere Wehen und leichte Blutung. Auf kleinen Chininstoss wird unter kräftigen Wehen der Foet ausgestossen. Plazenta folgt nicht. Es blutet stark. Beim Einstellen im Spiegel zeigt sich, dass die Plazenta im Cervikalkanal liegt. Am nächsten Tage fieberfrei.

Fall 97. 202/34. Abort afebr. incompl. mens. II-III. Aufnahme 18. 3. Letzte mens. Anfang Februar. Pat. wurde bereits wegen Abort incompl. zur Klinik überwiesen. Portio halb fingergliedlang. Cervikalkanal bequem für Finger passierbar, Uterus über faustgross. Ordination: kleiner Chininstoss ohne jeden Erfolg. Keine nennenswerte Blutung, Zervixabstrich steril, keine Temperaturerhöhung. Deshalb Ausräumung: ergibt Plazentareste und Eihäute.

Fall 98. 203/34. Abort afebr. im Gang mens. IV-V. Aufnahme 31. 3. Letzte mens. Mitte September. Seit 12. 3. blutet Pat. dauernd, sie nimmt an, dass diese Blutungen von ihrer schweren Arbeit herrühren. Kindsbewegungen seit Anfang März, haben seit 3 Tagen aufgehört. Os ext. zweimarkstückgross, Portio verstrichen, Uterus entspricht einer Gravidität mens. IV. Blase steht, wölbt sich prall vor. Seit 8 Stunden bestehen regelmässige Wehen, mittelstark bis kräftig. Als die Wehen schwächer werden kleiner Chininstoss, worauf nach 2 Stunden die Blase spontan springt und nach einer weiteren Stunde die Frucht ausgestossen wird. Einsetzen einer starken Blutung, die es notwendig macht, die Plazenta digital zu lösen.

Fall 99. 300/34. Abort febr. incompl. mens. II. Aufnahme 1. 5. Letzte mens. 4. 3. Vor 14 Tagen geringer Blutabgang. Seit 4-5 Tagen blutiger Flour, gestern Abend 38,9, heute früh 37,8, seit heute früh 11 Uhr plötzlich starke Blutung. Es gingen Fleischstücke ab. Temp. stieg auf 40°. Geringe ziehende Schmerzen im Unterleib. Os ext. für Finger durchgängig. Os int. geschlossen. Uterus gut hühnereigross, weich. Ordination: Secacornin, Eisblase, Halbfowler. Am 3. Heute gegen Mittag verspürt Pat. leichtes Ziehen im Unterbauch. Plötzlich starker Blutabgang. Auf grossen Chininstoss wird unter mittelkräftigen Wehen eine daumengrosse, etwas zerfetzte Plazenta ausgestossen. Am nächsten Tag fieberfrei.

Literatur.

Henrard: Über Chinintherapie bei Abortus febrilis. Universitäts-Frauenklinik Königsberg. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 63, Seite 19.

Schübel: Pharmakologische Grundlagen für die Wirkung des Chinins. Zentr. Bl. für Gynäkologie, 26/32.

Halban und Seitz: Behandlung des fieberhaften Abortes. Aus „Biologie und Pathologie des Weibes" Bd. VII, 1. Teil, Seite 614.

Schröder-Clauberg: Über die medikamentöse Austreibung fieberhaften Abortes. Universitäts-Frauenklinik Kiel. Zentr. Bl. für Gynäkologie 1932, Nr. 51.

Hans Baatz: Dissertation: Erfolge mit Chininstoss bei febrilem Abort, Universitäts-Frauenklinik Giessen, 1931.

Lebenslauf.

Ich, Hans Vietor, wurde am 12. November 1906 zu Bad Salzschlirf geboren. Besuchte 4 Jahre die Volksschule in Fulda und Dierdorf, das humanistische Gymnasium zu Dillenburg und Giessen, wo ich 1927 das Matur bestand. An der Universität zu Giessen studierte ich dann Medizin, bestand 1930 mein Vorexamen, und 1933 mein Staatsexamen. Ein klinisches Semester war ich an der Universität Wien.